

受 診 票

(2枚目)
(患者さん用)

予約日時 年 月 日 (曜日) 時 分

(診察状況により遅れる場合がございます。)

松戸市立総合医療センター

受診希望科

科

医師

(医師の指定がある場合はご記載ください。)

紹介元

医療機関名

住所 〒

T E L ()

F A X ()

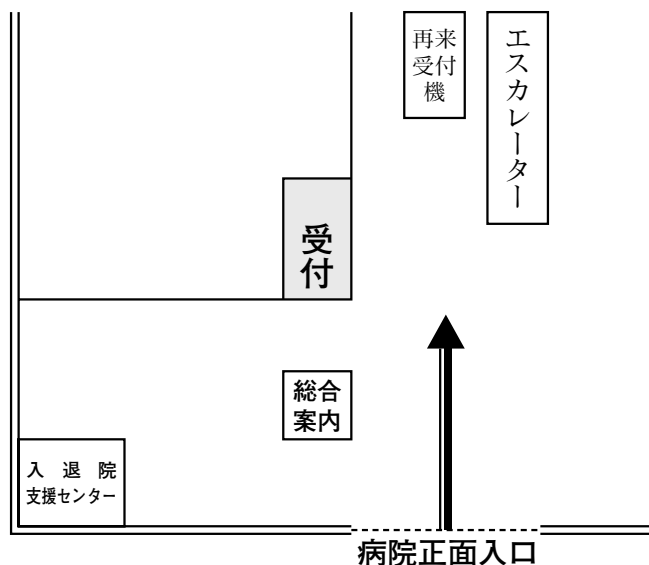
医師名

月 日

フリガナ		性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	年 月 日生 ()歳
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯	()
受診歴	(有・無)		

受付場所： 1 受付

<案内図>



※ お持ちいただくもの

- ① 受診票(本書)
- ② 保険証
- ③ 紹介状(診療情報提供書)
- ④ 診察券(受診歴のある方のみ)
- ⑤ お薬手帳(お持ちの方のみ)

※ 予約日時の変更や来院できなくなった場合は、下記にご連絡ください。

連絡先 松戸市立総合医療センター
地域連携室
午前8時30分～午後5時(平日)
TEL 047-712-0685(予約直通)

松戸市立総合医療センター

〒270-2296 千葉県松戸市千駄堀993番地の1