

栄養指導 予約票

患者様氏名 : _____ 様

予約日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

来院時間 : _____ 時 _____ 分

受付窓口 : 紹介受付 (入口を入れて左手にございます)

持ち物 : 保険証 ・ 診察券 (お持ちの方のみ) ・ 予約票

* ご受診にあたって

- ・ 初回のみ、栄養指導の前に医師による診察がございます。
- ・ 当日は、可能であればご本人だけでなくご家族の方や食事のサポートをしてくださる方もご同席ください。

* 注意事項

- ・ 診察の状況により待ち時間が発生する場合がございます。予めご了承ください。
- ・ 予約の変更・キャンセルを希望される場合は、必ず前日までにご連絡ください。

【お問い合わせ】
横浜旭中央総合病院 地域医療連携室
TEL: 045-921-6115(直通)
(平日8:30~17:30 / 土曜8:30~13:00)