

## 児童精神科初診のご案内

当日は以下の物を持参し、予約時間の30分前に医事課 初診受付①番窓口へお越し下さい  
尚、初診日の変更・キャンセルを希望される場合は、必ず下記へ電話にて御連絡下さい。

(初診日までに自宅に郵送された診察申込書・問診票は記入して下さい)

チェック欄	持ち物
	健康保険証
	母子手帳
	診察申込書
	問診票
	紹介状(診療情報提供書)※お持ちの方のみ
	各医療受給者証※お持ちの方のみ

※当科は浜松医科大学児童青年期精神医学講座の教育病院です。また、浜松医科大学医学部学生の臨床実習を通年で受け入れています。このため、診察時に学生の同席をお願いすることがあります。何卒、ご理解の程宜しくお願い致します。



〒434-8511 静岡県浜松市浜北区於呂4201-2

独立行政法人国立病院機構天竜病院

医療相談室 藤田・福永

TEL:053-583-3111(代表)

FAX:053-583-3664

(月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時)