|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 予定外の 治療のフォーム |  |  |

日付

患者様

前回のご来院では、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 医師により診療と治療を行いました。当院にとって、患者様の健康は重要です。当院は、最高品質の医療の提供を目指しています。

治療や保険の補償範囲についてご質問やご心配がおありの場合は、お電話かメールで当院までお問い合わせください。どのようなことでも、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 医師が患者様と共に確認いたします。

ご予約のスケジュール、またはその他のご質問への回答のため、できるだけ早急に当院までお電話ください。

ご連絡およびご来院を心よりお待ちしています。

どうぞよろしくお願いします。

スタッフ名

医師名

メール アドレス: