**Tabela de reserva de consulta inicial de pediatria**

（小児科 初診予約票）

Data da reserva（予約日） : 　 / / /

Hora da reserva （予約時間） ：

**No dia da marcação, é favor chegar pelo menos 15 minutos antes**

**da hora marcada.** （当日は予約時間の15分前までにお越しください）

＊Se chegar atrasado, poderá não conseguir ser examinado.

（遅れて来院されると、診察ができない場合がありますのでご注意ください）

＊Se pretender que a pessoa seja dispensada do exame ou se não puder

esperar durante o exame, é favor utilizar dois acompanhantes.

（診察時に本人に席を外してもらいたい方や、診察中待っていることができない場合は、

付き添い2名でお願いします）

O centro não permite que os pacientes sejam vistos se tiverem uma doença

que possa ser transmitida a outras pessoas ou se tiverem febre.

Por favor, contacte-nos para podermos remarcar a sua consulta.

当センターでは、人に移る病気になっている時や、お熱のある方の診察はご遠慮頂いています。

予約の変更をさせて頂きますので、お電話をくださいますようお願いします。

**＜Pertences** (持ち物) **＞**

・Questionário médico 問診票　　　・Carta de apresentação 紹介状

・Cartão de seguro 保険証

 ・Certificado de beneficiário de despesas médicas para crianças 受給者証

・livro de registo de saúde da maternidade 母子手帳

（É favor trazer o seu certificado de incapacidade física, caso o tenha obtido）

(身障手帳などお持ちの方はご持参ください)

AICHI-KEN MIKAWA AOITORI IRYOU RYOUIKU CENTER

☎　0564-64-7982