

【糖尿病週末入院のご案内】

No.

様

申し込み頂きました上記患者様の入院日程が下記の通り決定致しましたのでご連絡致します。

入院日 月 日 1泊2日10時
2泊3日19時 までに来院してください

※当日持参していただくもの。

- ・入院までに必要資料を患者様へ配布してください
- ・保険証（検査の結果、要検査と診断された場合のため当院に登録します。）

受付場所 時間外窓口

入院病棟 東7階病棟

入院費概算

1泊2日 1割負担：10,000円程度 3割負担：30,000円程度
2泊3日 1割負担：15,000円程度 3割負担：45,000円程度
請求書については退院後郵送致します。

お問い合わせ先

独立行政法人国立病院機構

鹿児島医療センター 地域医療連携室

TEL 099-223-1151 内線(212)

FAX 0120-334-476