

電話診療申込書

予約日の1週間前の17時までに提出してください。

(例：2020/5/1(金)受診の場合 → 4/23(木)17時まで、土日祝日を除いて5日前までに提出)

以下の項目全て記入ください。記入漏れ・誤記入があると電話診療ができないことがあります。

診 療 番 号	— —
氏 名	
診 療 予 約 日 時	年 月 日 時 分
担 当 医	科 先生
医師からの電話を受ける連絡先	TEL () — ※ 診療予約日時の前後1時間目途に医師より電話しますが、当日の診療状況により時間がずれることもございます。
送 付 先 薬 局 ※薬局名は正式名称を記載ください。	〒 都道 府県 市 薬局 店 TEL () — FAX () —
自 宅 住 所 (郵 送 先) 必ず記載ください。	〒 都道 府県 市 _____ _____ _____

【該当する選択肢に、○印をつけてください】

- 前回受診日から、保険証・受給者証等の ⇒ (変更がある、変更がない)
※ 変更がある場合は、保険証・受給者証もFAXしてください。
- 診療予約日当日に検査が ⇒ (ある、ない)
「ある」と回答された方 ⇒ 血液検査、心電図、X線、CT、MR、その他 []
※ X線、CT、MR検査がある場合は、原則、電話診療の取り扱いができません。
- ご自宅で使用される医療機器等を、本院薬剤部窓口、診療科処置室にてお渡ししている患者さん
医療機器等がすぐに必要な方は、診察券持参のうえ、当日8:30～17:15までに病院までお越しください。取りに来られなかった場合は、着払いで郵送いたします。ご自宅に郵送(着払い)する場合は、電話診療日翌営業日以降、順次発送になります。
受取方法 ⇒ (当日中に病院へ取りに行く、着払いで上記自宅住所への郵送を希望する)

【該当する項目に、チェックしてください】

- 当院に定期的に通院しており、次回予約がある。
- 上記の診療予約日時に医師からの電話を受けることができる。
- 検査の予約はキャンセルを希望するが、医師の判断で検査が必要な場合は後日受診をする。
- 病院から院外薬局への処方せんFAXは、翌営業日になることを了承する。
(なお、2020/5/1(金)に電話診療実施の場合は、病院から薬局へのFAXは5/7(木)となります。)
- 医療機器等の郵送(着払い)は、受け取りまで日数がかかることを了承する。
- 診療費や郵送費(※)は、後日病院から請求書が届き次第すみやかに支払う。
※ 郵送費とは、本院から患者さんに次回の予約票を送付する際の費用です。

上記について全て記入されましたら、FAXして下さい。

なお、当院での診療終了後申込される場合は、本申込書を診療科受付にご提出してください。

電話診療申込先 FAX番号： 075-751-3037

【医師記載欄】 新型コロナウイルス感染症による感染拡大防止のため「電話診療」を実施しました。
医師名 (署名または記名押印)