

# 電話診療申込書

予約日の3営業日前までにご提出ください。

診療番号			
お名前			
フリガナ			
医師からの電話を受け番号			
診療予約のある日時1	日付	時間	診療科1
診療予約のある日時2	日付	時間	診療科2
診療予約のある日時3	日付	時間	診療科3
送付先薬局 / 支店名  ※正式名称を記載ください。 ※行かれたことのない薬局の場合は、電話診療の処方箋がFAXされる旨、事前に薬局へご連絡ください。	薬局名		支店名
	〒		
	住所		
	TEL		
	FAX		
自宅住所 (郵送先) 必ず記載ください。	〒		
	住所		

- ご自宅で使用される在宅医療関連機器、院内処方薬等がある場合の受取り方法をお選びください。
  - 送料着払いで自宅住所へ郵送する（在宅医療関連機器、院内処方薬等）
  - 電話診療当日17：15までに病院へ取りに行く  
(取りに来られなかった場合は送料着払いで郵送いたします)。
- 診療予約当日の検査全てに✓してください（X線、CT、MR検査がある場合は、原則、ご来院ください）。
  - 血液検査                       心電図                       X線
  - CT                                       MR
  - その他（                                      ）

### 【申込みにあたっての重要確認事項】

- ・当院に定期的に通院しており、次回予約がある。
- ・上記の診療予約のある日時に医師からの電話を受けることができる。  
(診療予約時間の前後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。)
- ・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。  
(長期連休（GW、年末年始等）の前日に電話診療実施した場合、病院から薬局へのFAXは連休後となります。)
- ・医療機器等の郵送（送料着払い）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予約票等を送付する際の費用です。

上記事項に同意しました。

- 前回受診日から保険証・受給者証に変更がある場合は、申込書と一緒にFAXしてください。  
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の拡大防止のため「電話診療」を実施しました。

医師名（署名又は記名押印）

㊞

次回（ 月 日 ）の予約  来院を指示  
 電話診療を指示（次回分電話診療申込書の提出が必要）