

電話による再診・処方せん発行申込書（新型コロナウイルス対策用）

申し込み日：令和 年 月 日

※複数科受診の方は1科ずつお申し込みください

患者さん情報（すべて記入してください。）

ID番号	
(フリガナ) 氏名	様
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 西暦 年 月 日
体調の変化の確認	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり（⇒来院・診察の対応となる場合があります）
処方依頼する 診療科	科（予約日： 年 月 日） 担当医： 医師
処方薬	年 月 日に処方された薬（原則前回と同じ処方）
日中に連絡がつく 電話番号	
上記の電話番号を希望した薬局へお伝えることの了承	<input type="checkbox"/> 了承 <input type="checkbox"/> 了承しない

院外処方せん FAX 送信先（すべて記入してください。）

薬局名	
支店名	
電話番号	
FAX 番号	

- ・診察予約日当日は、当院からの電話連絡がとれる状態をお願いします。
- ・当院から電話する番号は0428-22-3191となります。
- ・診察予約日当日で、担当医と患者さんとの電話でのやり取りで来院が必要となる場合もあります。あらかじめご了承ください。