

電話診療に関する同意書

当院では、別紙「電話診療のご案内」について同意を頂いた上で署名をされた方が電話診療を受けられます。

私は、別紙「電話診療のご案内」を読み、すべての内容に同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____

代諾者署名 _____

本人との続柄 _____

<代々木の森耳鼻咽喉科>

代々木の森耳鼻咽喉科 電話診察用問診票

NO _____ :

フリガナ

氏名: _____ (男 / 女)

生年月日 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所

(〒 _____ - _____)

電話番号: _____ (_____) / FAX: _____ (_____)

e-mail アドレス: _____

●過去にかかった病気、現在通院中の病気があれば、チェックをするか書き出してください。

結核 B/C型肝炎 梅毒 HIV感染 ➡ 治療中 / 経過観察中 / 完治
喘息 緑内障 前立腺肥大 糖尿病 高血圧 高脂血症 その他(_____)

●薬物・食物のアレルギーはありますか？

なし / 不明 / あり (_____)

●常用薬があれば書き出すかお薬手帳のコピーを添付してください。

なし / あり (_____)

●小学生までの方にお伺いします。

・現在の体重 (_____)kg ・薬の種類の希望 粉 / シロップ / 錠剤

●女性の方にお伺いします。

・妊娠の可能性 なし / あり (妊娠 _____ カ月) ・授乳中

・ピルの内服 なし / あり (薬名: _____)

●診察予定日(ご自身で当日に順番予約を取っていただきます。)

月 _____ 日(_____) AM / PM

●処方箋郵送先希望

窓口に直接取りに来院 / 自宅に郵送 / かかりつけの薬局に郵送

かかりつけの薬局をご希望の場合は①薬局名②電話番号・FAX 番号③住所を書き出してください。

①薬局名: _____

②電話番号: _____ (_____) / FAX 番号: _____ (_____)

③住所 (〒 _____ - _____)

●会計方法(窓口会計の場合は診察日から1週間以内をお願いします。)

窓口会計 / 振込

●今回診察をご希望されるのはどのような症状ですか？それはいつからですか？

その症状に対してほかの病院を受診されたりお薬を処方・購入し服用していれば詳しく書き出すかお薬手帳のコピーを別途送付してください。

※症状によっては対面診療を推奨させて頂く場合がございます。

*ご記入が終わりましたらこの問診票 2 枚と保険証、医療証、顔写真付き身分証、お薬手帳のコピーを下記までファックスまたはメールの送信をお願いします。

送信の際は宛先をよく確認してください。誤送信の際、当院では責任を取りかねますのでご了承ください。

問診表2枚 保険証、医療証、顔写真付き身分証、お薬手帳のコピー 計 _____ 枚

FAX: 03-5453-8734

メールアドレス: yoyoginostaff@gmail.com

代々木の森耳鼻咽喉科

