

## 電話初診 申込用紙

安全のため、当院に 1時間以内に受診できる範囲のかたを対象とします。

本人が、電話で医師と話ができる方を対象とします。

体調変化のあった時に、当院に来院できない方は利用できません。

医師により来院が必要と判断した場合はお断りすることがあります。

問診による処方となりますので、対面での診療ほどの十分な情報が得られないため対面診療に比べて誤診のリスクがあります。また、必要に応じた検査などを受けることができず重症度の判定が困難なことも予想されます。

麻薬や向精神病薬（睡眠薬や安定剤など）の処方はいりません。

診療情報が限られた中での処方となるため、処方日数は7日間を限度とします。

また、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗H I V薬の処方はいたしません。

支払は持参もしくは振込（手数料はご負担ください）で2週間以内にお願いします。

以上を確認し電話初診を申込ます。

年 月 日

住所

電話番号

ご署名

支払方法 持参希望 振込希望

※希望する支払方法を○で囲んでください

振込先 : 静岡銀行 成子支店

普通 口座番号 0543292

口座名義人 鈴木 大介

(スズキ ダイスケ)

症状などをご記入ください。

希望する薬局名

FAX 番号

この申込書、保険証、現住所が記載されている証明書を FAX もしくはメール（写真も可）してください。

公的な制度を利用している方は、受給者証等を添付してください。薬手帳など診察に必要な情報があれば添付していただくとよいと思います。

FAX 0538-21-0078

メール

futaba210077@gmail.com