

FAXによる受診申請書

2020/8/8 ~ 2020/8/31までに
診察予約のある方

誤送信にご注意ください

診察予約日
月 日 (曜日)

※保険証の番号を記入ください

保険者番号	
記号・番号 (被保険者番号)	

※70歳以上の方は、新しい保険証のコピーと合わせて送信してください

【患者情報】

診察券番号	— ×
-------	-----

フリガナ	
------	--

氏名	
----	--

生年月日	
T S H R	年 月 日

住所	〒 —
TEL	() 携帯電話 ()

処方希望する診療科	主治医氏名	前回診察日
		年 月

【かかりつけ調剤薬局情報】 いつも病院内でお薬を受け取られている方は「院内薬局」と記載してください

薬局名	薬局 店	電話による服薬指導等希望 する・しない (詳しくは調剤薬局の薬剤師へお尋ねください)
かかりつけ調剤薬局への連絡日	月 日	

住所	〒 —
TEL	()
FAX	()

必ずどちらかを○してください

確認事項	<p>※ 電話診察及び処方箋発行は、診察予約日に行うことを原則とします。 (ただし、医師による他の診療上の理由等により診察予約日以外に随時電話をかける場合もございます。ご了承ください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診察予約日に医師より電話をいたします。(8:30 ~ 16:00) ・電話診察の後に処方箋を発行し、かかりつけ調剤薬局にFAXいたします。 ・後日、処方箋(原本)をかかりつけ調剤薬局に郵送いたします。
患者同意	<p>私は、新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、「FAXによる受診の利用について」をよく読み理解した上で、①電話による診療を受け、発行された院外処方箋を帝京大学医学部附属病院からかかりつけ調剤薬局にFAXすること②これに係る診療費を支払うこと③投薬受け取りに関して全ての責任を負うことに同意いたします。</p> <p>帝京大学医学部附属病院 病院長 殿</p> <p>同意日 年 月 日</p> <p>本人署名 (代理人署名) _____ 印 本人との関係()</p>



必要事項を記載し、署名捺印のうえ下記へFAX送信してください。

FAX番号 03-3964-9384

電話・FAX番号はお間違えのないようにご注意ください。
お問い合わせ 電話番号 03-3964-1211(代表) 各科外来受付