

新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う電話診療 申込用紙

本用紙による申込みは臨時的な取扱いのため、随時対応を見直します。

①確認事項

右の項目を確認しチェック☑してください

全てチェックがつく方が電話診療対象となります

- 症状が安定している
- 当該科に定期的に通院している
- 処方箋を保険薬局にFAX送信する事に同意する

下記に必要な事項を記入し、原則、診療予約日の2日前（土日祝を除く）までにFAX送信してください。

例) 月曜日が予約日の場合は、木曜日が締切りです

市立長浜病院 FAX (0749)-65-1259

②注意事項

必要に応じて、病院から電話連絡を行う場合があります

- ・病状によっては電話診療とならない場合があります
- ・予約日に電話連絡が必ず取れるようにしてください
- ・診察時間は、元の予約時間とならない場合があります
- ・当日、予約時間前後（1～2時間程度）に連絡が取れない場合、診療及び処方はできません
- ・診療費については次回来院時にお支払いください

③ 必要事項

お名前			
診察券番号 (ID番号・7ケタ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	年	月	日
常に連絡のつく電話番号			
診療科・医師名 (複数ある場合は全て)	診療科： 医師名：	診療科： 医師名：	
	診療科： 医師名：	診療科： 医師名：	
診察予約日時	2020年	月	日 (時 分)
処方箋のFAX送付を希望するか かかりつけ保険薬局名・店舗名	薬局 店		
保険薬局の電話番号			
保険薬局のFAX番号			

お問い合わせ先 市立長浜病院 医事課 0749-68-2300 (代表) 平日 9:00 ~ 17:00

病院処理欄

受付処理日・担当者

外来処理日・担当者

電話診療 可 / 不可 / 他