

## 電話診療に伴う情報提供書

【FAX 送信先】 06-6836-7717

医療法人単会 まつした耳鼻いんこう科

① 氏名：

連絡先：

② 保険証の写しを貼り付けてください。

③ 診察券の写しを貼り付けてください

(受給者証、医療証などお持ちの方は  
別紙に貼り付けて共に送信してください)

④ 処方箋の発行がある場合、ご希望の対応を以下のものから選択し○を付け、必要事項を記載してください。

- ・ 当院へ来院して処方箋を受け取る
- ・ 当院へ来院するが、医療モールの 2F 共用部で処方箋を受け取る
  
- ・ 薬局へ処方箋を FAX することを希望し、支払いは当院へ来院  
    来院予定日：        /        (来院予定日は 1 ヶ月以内に限りませ)
- ・ 薬局へ処方箋を FAX することを希望し、支払いは銀行振り込み (2 週間以内)

(薬局名称)

(住所)

(電話番号)

(FAX 番号)