

# 新型コロナウイルス対策に関わる依頼書

下記の項目ご入願います、小張総合クリニックまでFAX送信、または窓口へ提出お願い致します。

※ FAX番号 04-7126-1199

※基本情報の記入	診察券番号		氏名	フリガナ			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		性別	男・女	年齢	才
	住所						
	自宅電話番号		携帯電話番号				
<p>※医師による電話診察が必要になりますので当院から折返し連絡致します。</p> <p>1. 事前予約が有る方は、診察の2日前までお申し込み下さい。                  2. 予約日が決まっていない方は折返し電話の際に決定します。</p>							
※必ず記入下さい 希望薬局と処方箋の受取方法を記入	<input type="checkbox"/> クリニック窓口 院外薬局：(さくら薬局 <input type="checkbox"/> 野田 <input type="checkbox"/> 横内) <input type="checkbox"/> かえで薬局 他の薬局希望の場合は薬局名を記入下さい 薬局名： _____ 電話番号： _____						
問診	体温：		℃	血圧：		←最も高い時のもの等	
	③体調は以前と同じかどうか 変わりなし ・ 変わりあり ④変わったことは何か？(咳、むくみ、など)						
処方内容	※医師の診察の結果やお薬の種類により実際の処方内容がご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。						
	⑤前回と同じ希望 はい・いいえ ⑥希望日数 _____ 日						