FAX相談用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分 | | |
| 氏名（匿名可） |  | 年　　齢 |  |
| 住所（市区町村のみ） |  | | |

※休日や夜間にご相談いただいた場合、返信に時間を要することがあります。ご了承ください。

○問診表

|  |  |
| --- | --- |
| 質問 | 記入（回答）欄 |
| いつからどのような症状がありますか。 | いつから：令和　　　年　　　月　　　日頃  症　状： |
| 療養期間はいつからいつまででしたか。  （自宅療養、ホテル療養、入院） | 療養種類：  療養期間： |
| かかりつけ医はありますか。 | □はい　□いいえ  かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 持病はありますか。 | □はい　□いいえ  □心臓病　□糖尿病　□腎疾患　□高血圧  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 内服中の薬はありますか。 | □はい　□いいえ  薬名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今ある症状についてどこか医療機関に相談されていますか。又は治療されていますか。 | □はい　□いいえ  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急時に対応できる方などと、一緒にお住まいですか。 | □はい　□いいえ |
| 病院紹介を希望されますか。 | □はい　□いいえ |

○相談内容（相談したい内容を具体的に記入ください）

○回答方法について　**※必須**

※介護者などが

いらっしゃる場合など

　　□　FAXによる回答を希望　　　　□　電話による回答を希望

　　　（FAX番号：　　　　　　　　　　）　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　）

**提出先　FAX:０3－6853－4214**（TEL:０50－3665－8126）