

記入日：令和 2 年 月 日

## 電話による診察とお薬の処方希望書

はじめにご確認ください

- 慢性疾患で、当院に定期的に受診しています。
- 電話による診察と処方を希望します。
- お薬は、原則、院外処方（調剤薬局）となります。
- 医師の判断により、ご希望に添えないことがあります。

患者番号（診察券）番号：\_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号）\_\_\_\_\_

確実に連絡が取れる電話番号としてください（複数でも可）

連絡先住所 〒 \_\_\_\_\_

患者さんとの関係 本人 \_\_\_\_\_ ご関係（ \_\_\_\_\_ ）

受け取り希望薬局 \_\_\_\_\_ 薬局 \_\_\_\_\_ 店

（註）おくすり手帳でご確認ください

以下は当院使用欄 （記入は不要です）

診療科： \_\_\_\_\_ 科

主治医名： \_\_\_\_\_ 医師

（次回予約時間 月 日  
時 分）

①先生方へ、診療終了までにご記入ください。

②電話診察による処方箋発行の可否

可

不可

新城市民病院