

見本

記入日：令和 2 年 〇〇月 ×× 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、ご希望の添えないことがあります。

患者番号（診察券）番号：〇〇〇〇〇〇

患者氏名 **新城 太郎**

連絡先（電話番号） **0536-22-2171**

確実に連絡を取れる電話番号としてください（複数でも可）

連絡先住所 〒 **441-1387 新城市字北畑32-1**

患者さんとの関係 **本人** ご関係（ ）

受け取り希望薬局 **〇〇** 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