電　話　診　療　申　込　書（ 定期受診患者様用 ）

◎太枠内に必要事項をすべて記入し、当院まで郵送またはFAXにて提出してください。

申込月日	令和　　年　　月　　日	診察券番号	
フリガナ		性別	生　年　月　日
氏　名		□男 □女	明 大 昭 平 令　　年　　月　　日
現住所	〒□□□－□□□□　※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入願います。		
電話番号	電話診療にて使用する病院から連絡してもよい番号をご記入ください	（　　－　　－　　）	
	□自　宅	□携　帯《 本人 ・ 続柄（　　）》	
かかりつけ薬局 （名称は支店名までご記入ください。）	薬局名		
	電話番号	（　　－　　－　　）	
	ＦＡＸ番号	（　　－　　－　　）	
	お薬受取予定日（電話診療受診日から4日以内）	令和　　年　　月　　日	
診察予約日（電話診療日）・時間	令和　　年　　月　　日　　時　　分		
診療科名	科		
在宅物品支給	あり　・　なし		

※申込書を送付頂いても必ずしも診察可能ということではありませんので、必ず病院からの診察可否の電話を受け取られるようお願いします。（診察時に医師に電話診療と決定された場合は、除きます。）
また、診察当日も必ず待機をお願いします。
なお、当院薬剤部からかかりつけ薬局に連絡する際に、患者様の連絡先をお伝えすることをあらかじめご了承願います。

※在宅物品の支給がある場合の患者様へ

電話診療の1ヶ月以内のご都合のつく平日9時から17時までに来院ください。
但し、受け取りの前日までに来院日の電話連絡をお願いします。その際受け渡し場所と方法をお知らせします。　　連絡先：代表　022-391-5111　（内線1503 相談室看護師とお伝えください。）
やむを得ず、来院が不可能な場合、着払いでの配送をいたします。相談室看護師にお申し出ください。

---これより下は記入しないでください---

[医師記入欄]※記入後担当医師事務にご返却ください

電話診療の可否	電話診療の可否	担当医名	時　　分 予約
	可 ・ 否		

患者さまへの電話連絡	患者さまへの電話連絡	連絡した日時
	済　・　未	月　　日　　時

申込書の郵送またはFAXは下記にお願いいたします。

〒989-3126
仙台市青葉区落合四丁目3番17号
宮城県立こども病院　地域医療連携室　宛て
地域医療連携室FAX：022-391-5120