

オンライン診察（初回）問診票

しだ小児科クリニック 

お名前（ _____ ）

●ご確認いただきチェックをお願いいたします●

- ご予約には再診コードが必要です。
- システム利用料として 1000 円必要です。(こども医療費助成の適応外)
- 3 回に 1 回は対面での受診をお願いします。
- いつもと症状が異なる場合は対面での受診をお願いします。
- プライバシーを守れて通信環境が整っているところでお願いいたします。

●処方箋を FAX させていただく薬局●

☆その薬局は初めてご利用ですか？（はい・いいえ）

→はいの場合：まず薬局が対応可能かご確認ください。

OK であれば、薬局から当院に問い合わせがあった場合、処方する上で必要な個人情報をお知らせしても良いですか？（はい・いいえ）

●ご利用はどちらの薬局ですか？ ●

（番号間違い、同系列の店舗違い、同店舗でも店舗と調剤の部門間違い、などにより、お薬を受け取っていただけない場合があります。正確にご記載をお願い致します。）

薬局名：

住所：

電話番号：

FAX 番号：

ご協力ありがとうございました。 