

FAX 質問シート

ひづけ ねん がつ にち
日付 年 月 日

この FAX の送り先 ※送り間違いに注意してください

びょういん やつぎよく なまえ 病院・薬局の名前	ばんごう FAX 番号
-----------------------------	----------------

あなたの情報

なまえ お名前	じゅうしょ 住所
------------	-------------

FAX、メール、電話の中から、希望する返事方法の項目番号に○印をつけてください
えら ばんごう した わく ない か
選んだものの番号かメールアドレスを下の枠内に書いてください
でんわ きぼう ばあい だいりにん なまえ か
電話を希望する場合は、代理人のお名前も書いてください

1. FAX 番号
2. メールアドレス
3. 電話（代理人のお名前）

※連絡する時間帯の希望がある場合 : 午前 / 午後 じころ 時頃

質問したいこと 質問したい項目番号に○印をつけてください

1. お薬について

1. お薬の名前を聞きたい
2. 何のお薬か聞きたい
3. お薬の使い方を聞きたい
4. その他

2. お薬を使った後、体調が悪くなった。

いた きも わる 1. 痛くなった (痛い所)	いつから はじ つづ いつから始まったか、まだ続いているかなど詳しく書いてください
2. 気持ち悪い	
3. かゆくなった (じんましん)	
4. 下痢した	
5. その他	

3. その他の質問

なんでも
きいてください