

FAX 質問シート

ひびけ 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）

れんらく じかんたい きぼう ばあい ごぜん ごご じころ
※連絡する時間帯の希望がある場合 : 午前/午後 時頃

しつもん

質問したいこと

しつもん こうもくばんごう しるし
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。

1. 痛くなった（痛い所）

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

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

3. その他の質問

なんでも
書いてください

