

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 やつきよく 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	※連絡する時間帯の希望がある場合 : 午前 / 午後 じころ 時頃
2. メールアドレス	
3. 電話 (代理人のお名前)	

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。

1. 痛くなった (痛い所)	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

--

