

問診票送付書

受付時間 10:00-16:00

※FAX 送信の前に必ずお電話をお願いします。

電話 088-622-0264 FAX 088-623-5679

令和 年 月 日

_____名分の問診票をお送りします。

- ・医療機関名 _____
- ・問合先担当者 _____
- ・電話番号 _____

※上記については、患者様の問診票をFAXしていただいた後、患者様の保険証記号番号、携帯電話番号、氏名、住所などをお伺いします。

- ・陽性結果の連絡先番号： _____
- ・連絡先担当者名： _____

※夜間にご連絡をさせていただきますので、必ずご記入ください。

- ・陰性結果の連絡先番号： _____

問診票のFAX送信に関しては個人情報を扱うこととなります。誤送信などを考え問診票には氏名・住所・携帯電話番号は記入しないようお願いいたします。県医師会にFAX着信後に問合担当者へお電話をして、上記内容をお聞きし事務局で書き込みを行います。