

電話診察による処方箋交付等申込書

以下の事項を記載の上、FAXまたはメールにて送付してください。

※FAX番号及びメールアドレスはくれぐれもお間違いのないようご注意ください。

FAX番号： **03-3717-4138**

メールアドレス： tokyu.hospital.apply@tkk.tokyu.co.jp

カナ氏名		生年月日
登録No. (診察券の番号)	-	
電話を受ける方の名前	(続柄)	
電話番号		
診療科		
担当医		
予約日		
処方箋交付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
保険薬局名 <small>店名を記載 (例) 東急薬</small>	FAXまたは電話番号	
	<input type="checkbox"/> 保険薬局から薬を配送希望	
<確認事項>		
<input type="checkbox"/> 保険証に変更はない <input type="checkbox"/> 保険証に変更がある ⇒ 保険証の券面をコピー又は写真にとり併せて送付してください		
<通信欄>		

※尚、このFAXにお心当たりのない場合やご質問がある場合は、
東急病院管理部 (TEL : 03-3718-3660) までご連絡をお願いいたします。

* 病院記載欄 *

第1次担当：	/ Wフィック：
第2次担当：	/ 代行入力：
処方医：	/ 処方日：
衛生材料配送料：	/ 配送日：