

電話再診申込専用FAX

診察券番号
氏名
利用する薬局の名称/支店名
折り返しのお電話番号
折り返しを希望する日時(最長で3日後まで。祝日は休診です。)
月 日 曜日
時間帯は下記からお選びいただき <input type="checkbox"/> に☑(チェック)して下さい
<input type="checkbox"/> 11:00 ~ 12:00 <input type="checkbox"/> 15:00 ~ 16:00
<input type="checkbox"/> 16:00 ~ 17:00
前回当院ご来院時より保険証に変更がないかいずれかに○をして下さい
変更あり . 変更なし
今回希望する薬の名前を記入して下さい。※当クリニックで定期処方してる薬に限ります 「〇月〇日の処方と同じもの」といった記載でも良いです。

※折り返しをご希望の時間帯には**お手元にお薬手帳をご用意**のうえお待ち下さい。

送付先ファクシミリ番号 ※おかけ間違いの無いよう十分ご注意下さい

047-381-2089

新浦安虎の門クリニック 外来部

診療時間

午前 9:00~12:00 (最終受付11:30)

午後 14:00~18:00 (最終受付17:30、土日は17:00)

※祝日は休診となります