

電話再診 FAX 申請フォーム

福岡大学病院

受付専用 FAX 番号 092-834-5230

以下の項目をすべて記入し、当院のプライバシーポリシーをご確認のうえ、同意いただける場合のみ送信してください。(外来予約日の 3 営業日前までにお申し込みください)

FAX での申し込みを受け付けた旨の連絡はいたしません。

お問合せがある場合は、予約がある診療科へご連絡ください。(対応時間: 平日午後 2 時から 4 時)

① 診察券の番号 (患者 ID)	
② 患者氏名	
③ フリガナ (カタカナ)	
④ 電話再診で連絡がとれる電話番号	
⑤ 外来予約日	令和 年 月 日
⑥ 診療科名	
⑦ 担当医師名	
⑧ お薬を受け取る薬局名と店舗名	薬局名 店舗名
⑨ 受け取り薬局の電話番号	
⑩ 受け取り薬局の FAX 番号	
◆ご記入いただいた情報は、当院のプライバシーポリシーに則ってお取り扱いいたします。「プライバシーポリシー」をお読みいただき、同意いただける場合、 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。	(チェックがない場合は受け付けできません) <input type="checkbox"/> 同意する
※在宅医療に係る医療機器、備品、衛生材料等があれば、ご記入ください。	