

当院を定期的に受診されている患者さんへ

電話診療による処方箋発行のご案内

新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等で当院を定期的に受診されており、継続的な処方が必要な患者さんに対して、電話診療による処方箋の発行ができるようになりました。

(令和2年2月28日付け厚生労働省通知)

【注意！】 新規のお薬は電話診療ではお出しできない場合があります。
お薬の受取方法（郵送等）は薬局にご相談ください。
カテーテル等医療材の郵送は県外の方のみで着払いとなります。
県内の方は病院での受渡しとなります。

1. 対象となる方

受診予約があり、慢性疾患等により当院で定期的に処方を受けている方が電話での処方箋の発行を希望する場合。

2. 処方できるお薬・医療材料

これまで定期的に処方されていた慢性疾患等に対するお薬及び導尿カテーテル、血糖測定用の針・センサー

3. お申込み方法等

「電話診療のながれ」をご覧ください

電話診療は予約制となります。

「電話による処方希望」をお伝えください。

スタッフが現在の状態等、確認させていただきます。

注意事項

- ① 電話診療を実施していない診療科があること
循環器科、皮膚科は医師の診察が必要なため電話での処方はできません
- ② 臨時的な取扱いであること
今回の取扱い(電話診療による処方箋発行)は、新型コロナウイルス感染症患者の発生状況を踏まえた臨時的な取扱いですので、状況等に变化があった場合は、厚生労働省による見直しが行われることとされています

電話診療のながれ

電話診療を希望される方は、以下のながれに沿って手続きをお願いします。
都合により診察予約とは異なる時間に電話がある場合がありますがご了承ください。

①お申し込み

診察予約日の7日前から前日までにお申し込みください。
FAXが可能な方は、申込当日の午前中までに申込書と保険証(写し)を送信してください。

[ダイヤル] **0866-56-7141(代表)**
(必ず電話診療予約とお伝えください)
[受付時間] **14時30分から16時00分まで(平日のみ)**

申し込み時に 確認する事項	①診察券番号	⑥電話番号
	②お名前	(電話診療を受ける際のご連絡先)
	③生年月日	⑦受け取りを希望する調剤薬局の情報
	④再診予約日	(店舗名、住所、電話番号、FAX番号)
	⑤再診予定の診療科 希望する薬	*事前に必ず確認をしておいて下さい。 ⑧請求書の送付先(診療費の振り込み希望の場合)

※「診察券」、「診療予約票」、「お薬手帳」、「保険証」をお手元にご用意の上、ご連絡ください。

②電話診療

診察予約日に外来担当医から患者さんへお電話します。
返信の電話は上記の代表番号とは異なる番号で連絡があります。

- お電話する時間は、診療の都合により前後する場合がありますので、予約時間前後は電話連絡が受けられる状態でお待ちいただきますようお願いいたします。
- 「診察券」、「お薬手帳」をお手元にご用意の上、お待ちください。

注意①	医師が外来での診察が必要と判断した場合は、 <u>ご来院をお願いする場合があります</u> (お電話での処方箋発行はできません)。
注意②	次回の診療予約をされる場合(予約変更を含む)は、 <u>必ず予約日と予約時間をメモなどにお控えください。</u>

※医師からの電話連絡を受けられなかった場合は、診察予約の取り直しをお願いします。

③お会計

診療費につきましては会計課(窓口)までお問合せ下さい。
電話診療に係る費用は、当月内にお支払いをお願いします。

- *振込の場合、手数料は患者様の負担となります
- *窓口でのお支払いは平日8:15~17:00までをお願いします。
- *保険証が変わった場合は必ずご連絡をお願いします。

④お薬のお受け取り

処方箋をご希望の調剤薬局宛てにFAX送信しますので、
4日以内に調剤薬局にてお薬をお受け取りください。

※薬局により取扱いをしていない薬がある場合がありますので事前にご自身で確認をお願いします。

調剤薬局への FAX送信時間	午前の電話診療 (11時30分までの診療)	→	当日13時ごろ
	午後の電話診療 (11時30分以降の診療)	→	当日17時ごろ

※連休等でお薬のお受け取りが4日目以降となる場合は事前に調剤薬局にご連絡ください。

【電話による受診申込書】

記入日 令和 年 月 日

FAX番号 (0866-56-7772)

① ID _____

② 名前 _____

③ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

④ 再診予約日時 月 日 時

⑤ 受診希望診療科 _____ 科 医師
*循環器・皮膚科は電話による処方を行っていません。
希望する薬 月 日と同じ薬を 日分

受診希望診療科 _____ 科 医師
希望する薬 月 日と同じ薬を 日分

受診希望診療科 _____ 科 医師
希望する薬 月 日と同じ薬を 日分

⑥ 電話番号 () - () - ()

⑦ 希望薬局名 _____ 薬局 (_____ 店)

住所 〒 _____

電話番号 () - () - ()

FAX番号 () - () - ()

⑧ 患者住所 〒 _____

振り込み希望の方
領収書送付先

病院記載欄

	受付日	令和	年	月	日		
* 保険証の確認						<input type="checkbox"/>	確認済
* 電話診療・FAX時間の確認						<input type="checkbox"/>	確認済
* 材料の受渡し方法の確認						<input type="checkbox"/>	確認済
* 慢性疾患により当院へ定期受診している						<input type="checkbox"/>	確認済
* 会計から今日中に連絡する旨を伝える						<input type="checkbox"/>	確認済

FAX済	郵送済