

① 申し込み書・薬剤服用承諾書

氏名	
----	--

ご希望の箇所に✓をお願いいたします。

電話診療のご希望の日付、時間帯の記載をお願いいたします。	月	日	午前・午後
	その他	月	日
英文診断書 常用服用薬、ご自身の健康状態を英文で記載いたします。	¥9,900		<input type="checkbox"/>
非常用薬剤セット 旅先での体調不良に備えたお薬のセットです。	¥5,500		<input type="checkbox"/>
常用内服薬の予備をご希望 クリニックでご受診頂き、ご希望の薬を処方いたします。	保険適用		<input type="checkbox"/>
渡航前健康診断ご希望 クリニックで健康診断をご受診いただきます。	¥10,500		<input type="checkbox"/>

注意事項

非常用薬剤セットの薬の飲み方については、医師からご自宅にお電話をした際に

服用中の薬や病歴、アレルギーなどについても医師と良くご相談ください。

お薬は用法・用量をよく守り、指示された通りにお使いください。

内服薬は「水」か「ぬるま湯」でお飲み下さい。

アレルギー等の問題をおこさないよう薬は決して他の方に使用したり譲渡しないでください

非常用薬剤セット同意書

私は、旅行用非常時携帯薬使用にあたり、効果や副作用の説明を受け

その内容を十分に理解しましたので、使用することに同意します。

非常用薬剤セット希望、上記説明に同意しました。

日付 年 月 日 サイン(氏名)