

【処方箋 FAX 送付のための送信用フォーム：2020年4月～】

ながくら耳鼻咽喉科アレルギークリニック

受付 No: _____ Date: 2000 年 月 日

◆クリニックと患者さんにとり決めにより実施する、コロナウイルスによる緊急時のみの対応です。

◎以上の内容に同意し、契約を守ることを約束いたします。

◆再診料・処方箋発行料等のため、約 400～500 円かかりますが、必ず後日クリニックで支払いをしていただく事を了承の上で、コロナの現状下の緊急措置です。重ねて宜しくお願いいたします！

2021 年 月 日

署名 _____

<1～2 枚目をダウンロードして印刷し、合計 2 枚 FAX して下さい！>

- (1) 必ずこの送信用フォームを HP よりダウンロードし、記入の上クリニックに FAX(03-6303-5711)してください。
- (2) 通常処方している舌下免疫療法・慢性副鼻腔炎・小児のアレルギー・急性期を除くめまい・耳鳴り、嗅覚障害の治療薬などのみ(可能な薬剤リスト参照)・原則 1 か月処方のみ可能です。
- (3) クリニックに連絡いただいた内容の処方箋を指定された薬局に FAX します。
- (4) 各自、薬局で薬を受け取って下さい。
- (5) 処方箋は、後日(6ヶ月以内)、クリニックで現物を受け取り、必ず薬局に持参して下さい。
- (6) 処方箋 FAX 処方には、電話再診料+処方箋料が必要です。
- (7) 処方箋の費用は、後日(6ヶ月以内)、必ずクリニックで支払って下さい。領収書はその際に発行します。
- (8) 毎月、保健証・医療証の FAX 送信を必ずお願いします。
(自宅に FAX のない場合はコンビニ等の利用を検討していただくようお願いします)

(以下を必ず間違いなく記入して下さい)

(保健証・医療証の添付を毎月必ずお願いします！)

(処方箋の有効期限は 4 日間です。その間に薬局に行ってください)

(クリニックでは、FAX 依頼を受けたら、不備のない場合、速やかに薬局に処方箋を FAX いたします)

処方箋 FAX 送付先の薬局

【宛先: _____】
【TEL: _____】
【FAX: _____】
【住所: 〒 _____】

依頼元

【診察券 ID: _____】
【名前: _____】
【住所: 〒 _____】
【携帯: _____】
FAX: _____
依頼内容: _____
【 _____】
【 _____】
【 _____】

(クリニック用チェックリスト: 処方 FAX 保険証確認 処方箋現物手渡し 支払い 領収書発行)

(お大事にしてください！ STOP COVID-19 from Hitoshi Nagakura)

添付スペース

保険証・医療証(15歳以下)の添付を
毎月お願いします。

(確認できないと処方箋発行できません。)

(お手数をおかけいたしますが、宜しくお願いいたします。)

◆◆◆可能な薬剤リスト◆◆◆

【舌下免疫療法治療薬】 シダキュア・ミティキュア・アシテア・シダトレン

【アレルギー治療薬】

アレグラ・タリオン・アレジオン・アレロック・ザイザル・ジルテック・エバステル

クラリチン・ビラノア・デザレックス・ルパフィン・ゼスラン・ザジテン・エバステル・セレスタミン・
アイピーディなど

キプレス・シングレア(モンテルカスト)・オノン(プラソルカスト)

【点鼻薬】: アラミスト・ナゾネックス(モメタゾン)・エリザス・フルナーゼ・インタールなど

【点眼薬】: アレジオン・パタノール・リボスチン・インタール・マイティア・ヒアレインなど

【慢性副鼻腔炎治療薬】 クラリス・ルリッド

【嗅覚障害】 リンデロン点鼻液

【去痰剤】 ムコダイン・ムコソルバンなど

【めまい・難聴・耳鳴りなど】 アデホス・コーワ(ATP)・カルナクリン・メチコパール・イソバイド(イソソルビド)・トラベルミン・セファドール・ストミンAなど

(お大事にしてください！ STOP COVID-19 from Hitoshi Nagakura)

(End)