

【注意事項】 この事業は診断や診療行為ではなく、医療専門職からの情報提供・助言行為となります。緊急の相談には対応が難しい場合がありますのでご注意ください。

伊賀市救急・健康相談ダイヤル24

☆☆ 送付先 FAX 番号:0120-923-599 ☆☆

下記項目を記入の上、上記FAX番号へご送付ください。相談内容を確認し、FAXにて回答させていただきます。

■相談者様情報

名前： _____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご年代： <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上
相談者様の FAX 番号：

■相談対象者様情報

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども
<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢： 才 ヶ月 (小さなお子様の場合、〇ヶ月まで記入してください。)

※相談者様(回答先)のFAX番号につきましては、お間違いのないようお願い申し上げます。

■相談内容について

<input type="checkbox"/> 健康に関すること	<input type="checkbox"/> 介護に関すること	<input type="checkbox"/> 医療機関の情報に関すること
<input type="checkbox"/> 医療に関すること	<input type="checkbox"/> 看護に関すること	<input type="checkbox"/> メンタルヘルスに関すること
<input type="checkbox"/> 育児に関すること	<input type="checkbox"/> 医薬品に関すること	<input type="checkbox"/> その他
相談内容： 		

■相談対象者様の現在の状態

① 受診しておられますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(診断名： _____)
② 治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(診断名： _____)
③ 飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前： _____)
④ 今までに大きな病気にかかった事がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(診断名： _____)
その他情報としてお知らせしたい事 こちらへ→	

※これは伊賀市からの委託事業です。(委託先:株式会社法研)