【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。

# 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にて回答させて頂きます。

## ■相談者様情報

名前：

性別　：□男　　□女

ご年代：□10 代　□20 代　□30 代　□40 代
　　□50 代　□60 代　□70 代　□80 代以上

相談者様の FAX 番号：

## ■相談対象者様情報

□本人　□配偶者　□子ども
□親　□孫　□その他

性別　：　□男　□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

| | | |
|---|---|---|
| □健康に関すること | □介護に関すること | □医療機関の情報に関すること |
| □医療に関すること | □看護に関すること | □メンタルヘルスに関すること |
| □育児に関すること | □医薬品に関すること | □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？ | □いいえ　□はい（診断名：　　） |
| ②　治療中の病気はありますか？ | □いいえ　□はい（診断名：　　） |
| ③　飲んでいるお薬はありますか？ | □いいえ　□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？ | □いいえ　□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→ | |

※これは名張市からの委託事業です。（委託先：株式会社法研）