

高田馬場耳鼻咽喉科 電話再診のための送信用フォーム

氏名

診察券番号

電話再診予約日時

再診を受ける電話番号

希望されるお薬

※症状によっては希望の薬が処方できないこともあります

ネット予約か電話受付で予約をとり、この送信用フォームを送ってください
電話再診については、ホームページをご覧ください

高田馬場耳鼻咽喉科 FAX 03-5291-8842

処方箋を薬局に郵送希望の方は、以下も記入してください

かかりつけ薬局名

かかりつけ薬局TEL

かかりつけ薬局FAX

かかりつけ薬局住所

〒
