

## さいたま市子ども急患電話相談 FAX送信票

下記の項目にご回答の上、FAX03-6636-8975まで、ご送信ください。  
ご相談内容に応じて、FAXにてご返信いたします。また下記の注意事項にご同意の上、ご利用ください。

- 当サービスは、さいたま市がティーベック株式会社に委託し、ご提供するサービスです。
- 当サービスは、診療行為なしに行われる医療専門家による助言行為です。ご相談者からの一方的な情報にもとづいてご回答いたしますので、適切な助言ができない場合がございます。
- FAXにてご回答申し上げる為、回答内容が第三者に確認される可能性がございます。回答先のFAX番号につきましては十分にご注意ください。

■ ご相談者	●ご相談者 氏名	<input type="text"/>
	●回答先FAX番号	<input type="text"/>
	※ご連絡先電話番号	<input type="text"/>
	●年齢	<input type="text"/> 才 <input type="text"/> ヶ月
		●性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
■ ご相談対象者	●相談対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
	●年齢	<input type="text"/> 才 <input type="text"/> ヶ月
		●性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
■ 相談内容	●いつから	<input type="text"/>
	●どこが(部位)	<input type="text"/>
	●ご相談内容 (主症状・お聞きになりたい事)	<input type="text"/>
	●受診していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	●診断名	<input type="text"/>
	●医師からのどのような指示を受けていますか？	<input type="text"/>
	●今まで大きな病気にかかった事はありませんか？	<input type="text"/>
	●お住まい	さいたま市 <input type="text"/> 区
	●ご希望される具体的な内容について	<input type="text"/>

●ご相談用シートにご記入いただいたお客様の個人情報は、ティーベック㈱が、本サービスの適切な実施の目的に限り使用いたします。●ティーベック㈱は、個人情報を上記の目的以外に使用しないことはもとより、ご利用者の同意なく第三者に開示いたしません。●ご提供いただいた個人情報の開示、訂正、削除等のお手続きは、『〒110-0005 東京都台東区上野5-6-10 ティーベック㈱ 個人情報相談窓口責任者(個人情報保護責任者代理)』までお問い合わせください。●FAXでご利用される場合は、上記の内容をご理解のうえ、個人情報の収集についてご同意いただいたものとさせていただきますので、あらかじめご了承をお願いいたします。

**※FAXによるご相談は聴覚障害をお持ちの方のみがご利用できるようになっております。恐れ入りますが、健常者の方のご利用はご遠慮ください。**