

FAXによる健康相談サービス ご相談用シート

下記の項目にご回答の上、FAX0120-8349-21 まで、ご返送ください。
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、三重県市町村職員共済組合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。
- 緊急のご相談にはご対応できません。回答までに数日を要する場合がございます。
- 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

●回答先FAX番号

※ご自宅以外のFAX番号にて回答を希望の場合、ご回答FAX送付前に、ご本人様確認のためのお電話をさせていただきます。
上記に、ご自宅以外(会社等)の回答先FAX番号をご記入の場合、恐れ入りますが下記にご連絡先電話番号もご記入ください。

※ご連絡先電話番号

●年齢

●性別

男性 女性

■ ご相談対象者

●相談対象者

本人 本人以外

●年齢

●性別

男性 女性

■ 相談内容

●いつから

●どこが(部位)

●ご相談内容

(主症状・お聞きになりたい事)

●受診していますか？

はい いいえ

●診断名

●医師からのどのような指示を受けていますか？

●今まで大きな病気にかかった事がありますか？

■ 医療機関情報をご希望の方

●都道府県

●市区町村

●ご希望される具体的な内容について

●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(個人情報をお知らせいただけない場合は、当該サービスをご提供できない場合があります)。●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、『〒101-0021 東京都千代田区外神田5-2-1 ティーベック㈱ 個人情報相談窓口 責任者』までお問い合わせください。●FAXによる健康相談サービスを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による健康相談サービス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。