

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、FAX 0800-500-8261 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、四條畷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。
- ・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。

右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: _____

■ ご相談対象者

氏名		誰の相談ですか？
		本人・家族() 男 ・ 女
		ご年齢(才)
FAX番号		左記以外の連絡先があれば、ここに記入してください。

■ ご相談内容

いつから		部位	
受診の有無		診断名	
相談内容			

■ 医療機関情報をご希望の場合、ご記入下さい。(ご希望される地域・具体的な内容) 都道府県 市区町村

--

●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、ティーベック株式会社が、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)。●ティーベック株式(株)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、ご利用者の同意を得ている場合、法令にもとづく場合、ご利用者本人または第三者の生命、身体または財産の保護のために必要であると当社が判断した場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供いたしません。●ティーベック株式(株)は、個人情報保護管理者として管理本部長を選任しております。●ご提供いただいた個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止のお手続きは、『〒110-0005 東京都台東区上野5-6-10 ティーベック株式(株) 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。