

初回

## あんしんホットダイヤル FAXシート

下記の項目にご記入の上、FAX 0120-637-119へお送りください。  
ご相談内容を確認の上、FAXにてご返信いたします。

### 【注意事項】

- ・緊急のご相談には対応が難しい場合があります。
- ・当サービスは診断や診療行為ではなく、サービス委託先の医療専門家による情報提供・助言行為です。
- ・FAXにてご返信いたしますので、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番号についてはご注意ください。

### ■ご相談者様情報

### ■ご相談対象者様情報

どちらかにレ点をお願いします：□市川市民 □市川市に滞在している

氏名： 性別：□男性 □女性 年代：□10代 □20代 □30代 □40代 □50代 □60代 □70代 □80代以上	ご相談者との関係：□本人 □配偶者 □子ども □親 □孫 □その他 性別：□男性 □女性 年齢：____才 ____ヶ月 (※小さなお子様の場合、〇ヶ月もご記入ください。)
FAX番号：	

### ■ご相談内容

<input type="checkbox"/> 病気・症状、治療について <input type="checkbox"/> 事故・ケガ、治療について <input type="checkbox"/> 検査・健康診断について <input type="checkbox"/> 薬について <input type="checkbox"/> 予防接種について <input type="checkbox"/> 医療機関情報について <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 健康の保持増進について <input type="checkbox"/> 育児・しつけについて <input type="checkbox"/> 栄養・食事について <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> 母子保健について <input type="checkbox"/> メンタルヘルスに関する相談
相談の詳細：	

### ■ご相談対象者様の現在の状態

① 受診していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(診断名： )
② 治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(診断名： )
③ 飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前： )
④ 今までに大きな病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(診断名： )
その他情報としてお知らせしたいこと：	

●本業務はティーベック㈱へ業務委託して運営しております。●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)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。●保有個人データの利用目的の通知、開示(第三者提供記録含む)、内容の訂正、追加・削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止(以下「開示等の請求等」)のお手続きは、次の窓口までお問い合わせください。 [kojinjyoho@t-pec.co.jp](mailto:kojinjyoho@t-pec.co.jp) ティーベック株式会社 個人情報相談窓口責任者 ●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言語や聴覚が不自由な方のみがご利用できるようになっております。