

【注意事項】当サービスは成田市が提供するサービスです。診断や診療行為ではなく、サービス委託先の医療専門家からの情報提供・助言行為となります。緊急の相談には対応が難しい場合があります。

初回

成田市医療相談ほっとライン

★★★送付先 FAX 番号:0120-965-317★★★

下記項目にご回答の上、上記 FAX 番号先へご送付ください。ご相談内容ご確認の上、FAX にてご返信させていただきます。

成田市民 成田に滞在している (※どちらかにし点をお願いします)

ご相談者様情報

氏名: _____
性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご年代: <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上
FAX 番号 :

ご相談対象者様情報

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども
<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他
性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご年齢: 才 ヶ月
(※小さなお子様の場合、〇ヶ月もお願いします。)

ご相談内容

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

ご相談対象者様の現在の状態

① 受診しておりますか？	<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 飲んでいるお薬はありますか？	<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事がありますか？	<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事 こちらへ→	

※当該 FAX による健康相談サービスは、言語や聴覚に障がいをお持ちの方のみがご利用できます。
※回答先の FAX 番号につきましては、お間違いの無いよう、お願い申し上げます。