

FAX : 0120 - 06 - 0996

FAX・郵送 兼用

ご注文書

(お申込日 : 年 月 日)

お申込者 氏 名	(ふりがな)	男・女	お電話番号	自宅 () ー	
				携帯 () ー	
ご服用者 氏 名	(ふりがな)	男・女	ご服用者の 生年月日	T・S	年 月 日 (才)
				H・R	
送付先 ご住所	(〒 ー)				

◆ 下記お支払い方法を選び、番号に○をご記入下さい。※カード決済や日時指定をご希望の方は、お電話でお申し込み下さい。

※初回ご注文の方は代金引換又はカード決済でお願い致します。

1	代金引換(代引手数料別途 330円 初回の方のみ無料)	2	振込用紙 同封(郵便局 コンビニ共通)
---	-----------------------------	---	---------------------

◆ご注文の商品名、数量、症状(医薬品)をご記入下さい。

医薬品(指定第2類、2類、3類)・包装	数 量	主な症状	医薬品以外・包 装	数 量
(記入例)「モリ」ハイツウ錠 180錠	1	腰の痛み	(記入例) ルイボスティ 500g	1

◆ 医薬品をご注文の方は必ず下記の太枠内をご記入下さい。(必須)

・初めての医薬品をご注文される方は病名、症状をご記入下さい。	・同じ医薬品をご注文される方は番号に○をご記入下さい。
	1 調子が良い 2 少し調子が良い 3 継続したい 4 まったく良くならない (4に○の方はお電話下さい)
(枠内に全て記入できない場合はお電話にてご相談下さい)	
・ご服用者が以下の項目に該当される場合は、その番号に○をご記入下さい。(複数回答可)	
1 ご注文の医薬品を服用したことがある 2 医療機関に通院中 3 妊娠中又は授乳中 4 下痢しやすい 5 胃腸が弱い 6 身体が弱い 7 汗をかきやすい 8 該当しない	
・他に服用されている医薬品名、お薬の副作用、アレルギーの経験がございましたら、その内容をご記入下さい。	

・ご記入漏れやお客様の健康状態がお薬の服用に適さないと判断した場合は、商品をお届けできません。予めご了承下さい。

・お薬選びに不安のある方や、高血圧、心臓病、腎臓病、甲状腺機能障害の診断を受けられた方はお気軽にご相談下さい。

・8日以上たっても商品が届かない場合はお電話下さい。

〒545-0002 大阪市阿倍野区天王寺町南1-1-2

ご注文・ご相談は ☎ 06-6629-1715



長年の信頼と実績 大杉製薬(株)直営

オースギ漢方薬局