

# <初めて皮膚科往診を受けられる方へ>

- 保険情報について
  - 申し込みには保険証のFAXをお願いします。
  
- 往診時について
  - 往診の時間は、日程が決まり次第お知らせします。
    - \* 道路状況もあるため2時間程度時間が前後する可能性があります。
  - 往診をキャンセルされる場合は、前日までにご連絡ください。
  
- 医療費のお支払いについて
  - 診療費の請求書は、月末締めで15日前後に郵送いたしますので、お振込みください。
  - 振込手数料は患者様にご負担をお願いいたします。
  
- 処方について
  - 院外処方となります。
  - お薬の配達ができる薬局の紹介も可能です。

**以上の内容の説明を受け、皮膚科往診を受ける事に同意します。**

往診を受けるにあたって、同意書にご署名をお願いしています。  
(患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄にご記入ください)

往診の内容について説明を受け、居宅・施設での診療を受ける事に同意いたします。  
また、連携医療機関、訪問看護ステーション、介護サービスに私の情報を提供することにも同意いたします。

令和      年      月      日

患者氏名

家族氏名

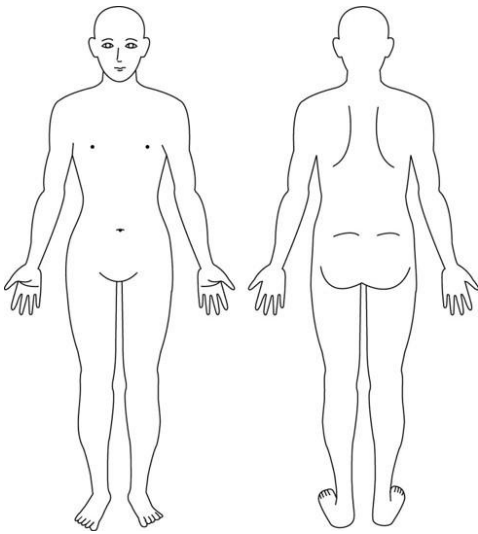
# 受診予約申込書・問診票

フリガナ 氏名		性別 男 女	生年月日 大 昭 平 年 月 日 歳
住所	〒 - (マンション名・部屋番号も記入してください)		
	居住先	TEL	
	請求書 送付先	〒 - (マンション名・部屋番号も記入してください)	
お名前			
ご連絡方法	<input type="checkbox"/> 患者様宅へ電話 <input type="checkbox"/> 事業所様へ電話 <input type="checkbox"/> 身内・知人・その他へ連絡 ( )		

➤ 現在の利用されているサービスに✓をつけてください。

他院訪問診療 ( )
 訪問看護
 デイサービス
 訪問入浴
 ヘルパー
 訪問リハビリ
 他院通院  
その他 ( )
 サービス利用なし

➤ 症状のある場所を○で囲んでください。



症状に対して使用している外用薬などあれば記載してください。

➤ 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか (発症年齢、病名も記入してください)

( )

食物・薬剤アレルギーはありますか ( はい ・ いいえ ) ・内容 ( )

■ 現在飲んでいる薬はありますか ( はい ・ いいえ )

■ はいの方→ 薬剤名 ( )