

# <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1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。
  - 請求書に同封しておりますコンビニ振込用紙にてお支払いをお願いいたします。
  - 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。

**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

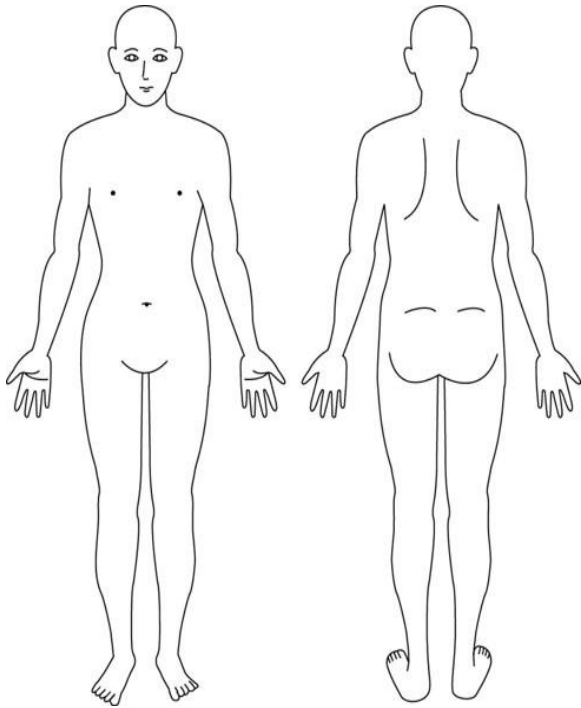
患者氏名 \_\_\_\_\_

家族氏名 \_\_\_\_\_

# そよ風皮膚科診療予約申込書・問診票

受付日	年 月 日( )		
相談者	(続柄 )	同居・別居	ご家族より依頼で別居の場合必ず住所をご記入ください
フリガナ 氏名	男 女	生年月日	T・S・H 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)		
往診先 住所	〒 - (マンション名・部屋番号も記入してください)		
駐車場	有 無	有の場合・駐車場の場所 キーパーソン	続柄( ) ( )
請求書 送付先 住所	〒 - (マンション名・部屋番号も記入してください) (続柄 ) (氏名 )		

●下記の図に症状のある場所を○で囲んでください。(複数の場合は番号をふってください)



いつから ( ) 頃から)

どのような症状ですか
現在行っている処置(現在内服、塗布の薬あれば添付)
既往歴、アレルギー

主治医名 病院名	(通院中・訪問中)	訪問看護 ステーション	(医療・介護)
-------------	-----------	----------------	---------

■往診日の検討にあたり現在利用中のサービスと時間を教えてください

①訪問診療 ②訪問看護 ③訪問リハビリ ④デイサービス ⑤訪問入浴 ⑥ヘルパー ⑦その他

	月	火	水	木	金	備考
AM						
PM						

\*健康保険証・あれば限度額認定証をFAXお願いします。

\*家族以外からのご依頼については往診をご本人・御家族が了承しているのか確認をお願いします。

\*お支払いはコンビニ振込用紙でお願いしております。