

往診依頼書(初診時)

フリガナ

お名前

性別

男 女

生年月日

〒

ご住所

自宅 介護施設

電話番号

携帯番号

町野皮ふ科の往診を依頼する症状はどのような症状ですか
いつから、どこにどのような症状があるかご記入ください

症状

現在治療している病名をご記入ください

既往歴

飲んでいる又は塗っているお薬がありましたらご記入ください

処方薬

わかる範囲で

(例)寝たきりの為、通院困難 など

往診をご依頼される理由

往診へ伺う際の駐車場です

駐車場

あり なし

お名前

続柄

連絡先

ご家族

同居 別居

お名前

続柄

連絡先

主な介護者

同居 別居

お支払い方法

来院支払い ・ 銀行振込み

その他連絡事項など

事前に伝えておきたいことなどはありますか

ケアマネージャー、訪問看護ステーション、往診主治医などもいらっしゃいましたら、ご記入ください

往診のきっかけ

ホームページ 看板 電柱広告 往診についての冊子
(地域包括センター 家族 知人) から紹介されて
往診車を見て 来院時にすすめられて 院内掲示
その他()

☆保険証のコピー、公費受給者証を必ず添付してください

町野皮ふ科

FAX: 049-298-6846

TEL: 049-298-6845