

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	〒			
電話番号	自宅 介護施設			
携帯番号				
症状	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			
既往歴	現在治療している病名をご記入ください			
処方薬 わかる範囲で	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			
往診をご依頼される理由	(例) 寝たきりの為、通院困難 など			
駐車場	往診へ伺う際の駐車場です あり なし			
ご家族	お名前	続柄	連絡先	同居 別居
主な介護者	お名前	続柄	連絡先	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 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	事前に伝えておきたいことなどはありますか			
往診のきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> 往診についての冊子 (<input type="checkbox"/> 地域包括センター <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人) から紹介されて <input type="checkbox"/> 往診車を見て <input type="checkbox"/> 来院時にすすめられて <input type="checkbox"/> 院内掲示 <input type="checkbox"/> 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