

# 往診申込書

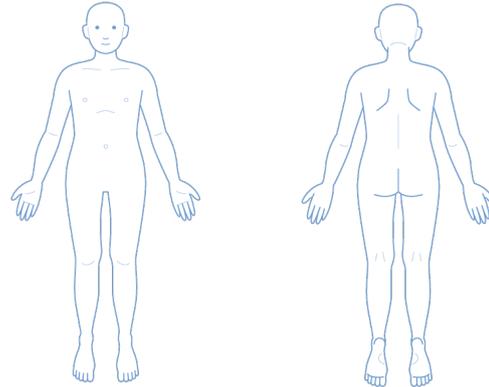
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	年齢
お名前			電話		
ご住所	〒				

1. いつからどのような症状がありますか。

2. 症状がある場所はどこですか。

日前      週間前      ヶ月前      年前

- かゆい    痛い    症状なし    赤い  
かさかさ    腫れている    じくじくする  
血がでる    膿が出る    水ぶくれ  
できもの    みずむし    爪の変形  
その他 \_\_\_\_\_



3. 今回のことで今までにどのような治療を行いましたか。

治療内容 \_\_\_\_\_

4. 往診を希望される理由 \_\_\_\_\_

5. 今までに病気をされたことはありますか。

- 糖尿病    心臓病    脳疾患    肝臓病    腎不全    喘息    花粉症  
緑内障    前立腺肥大症    その他 \_\_\_\_\_

6. 現在かかりつけの病院はありますか。

病院名 \_\_\_\_\_ 訪問診療 有り    無し

7. 現在飲んでいるお薬はありますか。

薬名 \_\_\_\_\_

8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか。 \_\_\_\_\_

9. 往診を希望される日      毎週木曜日 14時～16時まで (第4木曜日を除く)  
第一希望 (      月      日      )      第二希望 (      月      日      )

10. 介護保険の有無                               有り                               無し

11. 往診の際の駐車場の有無                       有り                               無し

肴町皮フ科クリニック

電話 019-606-1122

FAX 019-606-1123