

往診申込書

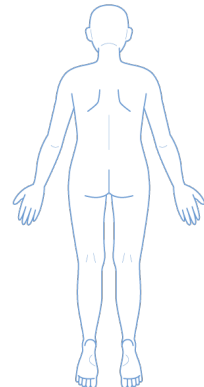
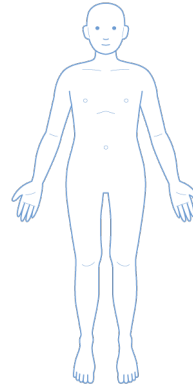
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	年齢
お名前			電話		
ご住所	〒				

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 介護度（ ）

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