

皮膚科往診のご案内

寝たきりなどで病院の受診がたいへんな方のために
皮膚科の往診を始めました

このような症状でお困りではありませんか

かゆい 床ずれ 傷が治らない 水虫 爪のトラブルなど

皮膚科医師が往診します

ご利用の流れ

- 1 まず下記電話番号へ受診の申し込みをお願いします。
受付時間：月、火、水、金 9:00~12:00,15:00~17:00
木、土 9:00~12:00
- 2 皮膚科往診申込書（もう1枚の用紙）に記入してFAXで送ってください。
コンビニでもFAXできます。ご無理であれば内容をお電話ください。
- 3 往診の日時をお知らせします。今のところ金曜日が多くなると思いますが、
その他の日時でも適宜お受けいたしますのでご相談ください。
- 4 往診の際、保険証とおくすり手帳をご用意ください。
- 5 医療費のお支払いについては往診時にご説明します。

費用について

- 診察については往診料を含め保険診療になります。
- 1割負担の方で、病院にかかったときの医療費+800円くらいです。
- 往診にかかる交通費は、当院の規定によりお支払頂きます。

南天診療所 ☎ 0263-29-1515 FAX 0263-29-0705

皮膚科往診申込書

南天診療所宛

FAX 0263-29-0705 TEL 0263-29-1515

申込日 令和()年()月()日

● 患者様情報

患 者 様 の 状 況	お名前	ふりがな (男・女)
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ()歳
	ご住所	〒
		ご自宅・施設(施設名)
	電話番号	
	皮膚のことで困っていること(簡単に)	
		つけている薬 ()
	今までにかかった病気	
	のんでいる薬	
	アレルギー	無・有 ()
	かかりつけ医	先生 医院名() 先生は皮膚科にかかることを 知っている 知らない
	居宅介護支援事業所	事業所名 電話
		担当ケアマネジャー 携帯
訪問看護ステーション	ステーション名 電話	
	担当看護師 携帯	

● 申込者 (ご家族様)

申 込 者	お名前	
	患者様との関係(続柄)	
	ご住所	〒 -
	電話番号	自宅 携帯
	往診希望日時	月 日 時頃

● 保険証

保 険 証	被保険者 記号 番号
	保険者番号 負担割合 1割・2割・3割 福祉医療 有・無

● お支払方法

<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 (八十二銀行)	請求先お名前
---	--------