

＜初めて往診を受けられる方へ＞

下記の内容にご了承いただいてから往診にお伺いします。

■ 保険情報について

- ・ 申し込みには保険証のFAXをお願いします。FAXができない方は【別紙】に転記をお願いします。

■ 往診時について

- ・ 毎月、保険証を確認させていただきます。
- ・ 往診の時間は、前日（月曜日の場合は金曜日、祝日をはさむ場合はその前日）にお知らせします。
お伺いする10分ほど前に再度ご連絡します。
 - * 道路状況もあるため2時間程度の余裕をみています
- ・ 往診をキャンセルされる場合は、早めにご連絡ください。

■ 医療費のお支払いについて

- ・ 診療費の請求書は、月末締めで送付いたしますので、北海道銀行かゆうちょ銀行から20日までに
お振込みください。振込手数料はご負担していただいています。（口座は請求書に記載しております）
尚、お振込みの際は患者様ご本人のお名前にてお願いします。
 - * 当院窓口でのお支払いも可能です。その際は事前にご連絡ください。

■ 処方について

- ・ 院外処方となります。
- ・ お薬の配達が無料でできる薬局の紹介も可能です。配達は翌日となります。

豊水総合メディカルクリニック 皮膚科往診部

〒064-0807

札幌市中央区南7条西2丁目1番4 6F

TEL : 011-533-3553

FAX : 011-533-3554

受診予約申込書・問診票

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日					
氏名		男 女	明 昭	大 平	年	月	日	歳
住所	自宅	〒 -				TEL		
		(マンション名・部屋番号も記入してください)				表札のお名前()		
	往診先	〒 -				TEL		
		(住宅・施設名・部屋番号も記入してください)						
	請求書送付先	〒 -				TEL		
		(マンション名・部屋番号も記入してください)				お名前()		

ご連絡方法	<input type="checkbox"/> 患者様宅へ電話 <input type="checkbox"/> 事業所様へ電話 <input type="checkbox"/> 身内・知人・その他へ連絡(様 TEL)						
-------	--	--	--	--	--	--	--

キーパーソン	お名前	続柄
ご記入者名	お名前	患者様と のご関係

<input type="checkbox"/> 生活保護の受給を受けている方は こちらに✓をつけてください

- 訪問診療を受けるにあたって、同意書にご署名をお願いします
(患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄にご記入ください)

訪問診療の内容について説明を受け、居宅・施設での診療を行っていただくことに同意いたします。 また、連携医療機関、訪問看護ステーション、介護サービスに私の情報を提供することにも同意いたします。	
平成 年 月 日	患者氏名 _____
	家族氏名 _____

- 現在のサービス等をお知らせください (時間もご記入ください)

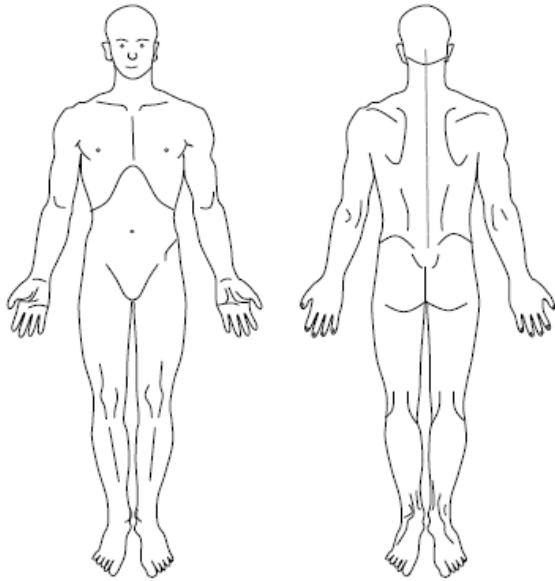
サービスなしの方は✓をつけてください

①訪問看護 ②デイサービス ③訪問入浴 ④ヘルパー ⑤訪問リハビリ ⑥他科往診 ⑦通院

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

担当ケアマネージャー氏名	事業所名	TEL
担当訪問看護師氏名	事業所名	TEL
主治医氏名	病院、クリニック名	TEL

■下の図の症状のある場所を○で囲んでください（複数箇所ある場合は番号をふってください）



体重 _____ kg

① いつから
症状

(現在している処置)
② いつから
症状

(現在している処置)
③ いつから
症状

(現在している処置)

■ 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか（発症年齢、病名も記入してください）

発症年齢	病名	受診状況	発症年齢	病名	受診状況
歳		治ゆ・治療中 病院名：	歳		治ゆ・治療中 病院名：
歳		治ゆ・治療中 病院名：	歳		治ゆ・治療中 病院名：
歳		治ゆ・治療中 病院名：	歳		治ゆ・治療中 病院名：

■ 食物・薬剤アレルギーはありますか（はい・いいえ）・内容（ ）

■ 感染症はありますか（はい・いいえ）

はいの方 → 疾患名（B型肝炎 C型肝炎 梅毒 その他）（をつけてください）

■ 認知症はありますか（はい・いいえ）

■ 現在飲んでる薬はありますか（はい・いいえ）

はいの方 → 薬名 {

■ 歩行状態をお知らせください（可能・不可能）（をつけてください）

可能な方 → 自立 杖 歩行器 車イス

■ 介護保険の認定を受けていますか（はい・いいえ）

はいの方 → 要支援（1 2）
要介護（1 2 3 4 5）（をつけてください）

【別紙】

■ 社会保険保険証

健康保険 被保険者証	本人・家族（被保険者・被扶養者）
	平成 年 月 日 交付
記号	番号
氏名	
生年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日
保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

■ 生活保護

生活保護
区役所 担当

■ 特定疾患医療受給者証

特定疾患医療受給者証(指定難病)受給者証									
公費負担番号	5	4							
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日	年	月	日	性別				
	保険者名								
	記号・番号						適用区分		
疾病名									
自己負担上限額	月額	円	階層区分						
有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日

■ 重度心身障害者医療費受給者証

○ 重度心身障害者医療費受給者証									
市町村番号									
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日	年	月	日					
有効期間	平成	年	月	日から					
	平成	年	月	日まで					