

＜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コピーのFAX、またはメールでお願いします。
コピーができない方は【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。
- ・ 往診の時間は前日にお知らせします。当日もお伺いする前に再度ご連絡します。
- ・ 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

往診時に集金させていただきます。

集金が難しい場合は振込または当院窓口でのお支払いをお願い致します。

【お振込の場合】

請求書を月末締めで送付いたします。

請求書に記載している北海道銀行または、ゆうちょ銀行の口座へ
患者様ご本人のお名前でお振込ください。

振込手数料はご負担していただいています。

※ご家族様のお名前で振り込む場合はご連絡ください

【当院窓口でのお支払いの場合】

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。配達は翌日になります。

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

メール: oushin@kojinkai.org

記入日 年 月 日

【往診予約申込書・問診票】

| | | | | | |
|------------------------|--|--------|-----------|----------|-------|
| 往診日 年 月 日 曜日 | | ご記入者氏名 | | 患者様とのご関係 | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | 男 女 | 明・大・昭・平・令 | 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() | | | | |
| 住所 | ↓ 自宅以外の場所で往診を受ける場合 | | | | |
| | 往診先 | 〒 - | | TEL | |
| (住宅・施設名・部屋番号も記入してください) | | | | | |
| 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 | | | |

※往診時に医療費のお支払いが難しい場合は請求書を郵送いたしますので振込をお願いいたします。

| | | |
|-------------------------------|-----|-----|
| 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() | | |

| | | | |
|---|-----|----|---|
| <input type="checkbox"/> 生活保護を受給されている場合は記入して下さい | 区役所 | 担当 | 様 |
|---|-----|----|---|

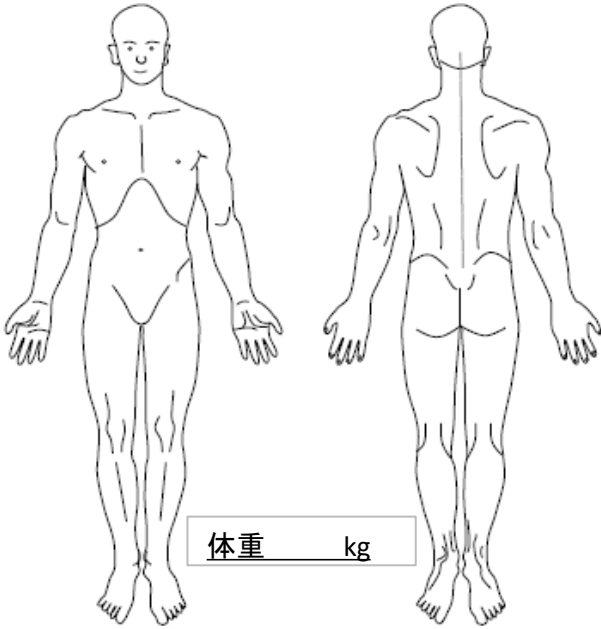
- 訪問診療を受けるにあたって、同意書にご署名をお願いしています
 (患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄にご記入ください)

| | |
|--|------------|
| 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。 | |
| 年 月 日 | 患者氏名 _____ |
| | 家族氏名 _____ |

- 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
- 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)

■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)



| |
|------------|
| 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) |

| | | |
|------------------|-----|-------|
| ■ 主治医 病院, クリニック名 | TEL | 主治医氏名 |
|------------------|-----|-------|

■ 診療情報提供書はありますか(はい ・ いいえ)

■ 現在治療中の病気、今までにかかった病気はありますか(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: |

■ 現在飲んでる薬はありますか(はい ・ いいえ)

はいの方 → 薬名

■ 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

| | | | | | |
|--------------|--|------|--|-----|--|
| 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 | |

■ 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 | | | | | | | |

【別紙】

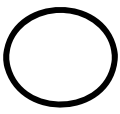
■ 後期高齢者医療被保険者証

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| 後期高齢者医療被保険者証 | |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 |
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 被保険者番号 | |
| 被 保 険 者 | 住所 |
| | 氏名 |
| | 生年月日 年 月 日 |
| 資格取得年月日 | 年 月 日 |
| 発行期日 | 令和 年 月 日 |
| 一部負担金の割合 | 割 (R . . までは 割) |
| 保険者番号並びに 保険者の 名称及び 印 | 3 9 |
| | 後期高齢者医療広域連合 |

■ 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 区分 |
| 有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 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 | |
| 公費負担者番号 | 受給者番号 |
| 受 給 者 | 住所 |
| | 氏名 |
| | 生年月日 年 月 日 |
| 有 効 期 間 | 令和 年 月 日から |
| | 令和 年 月 日まで |

