

宛先 千葉中央ひかりクリニック 行 FAX : 043-306-2112

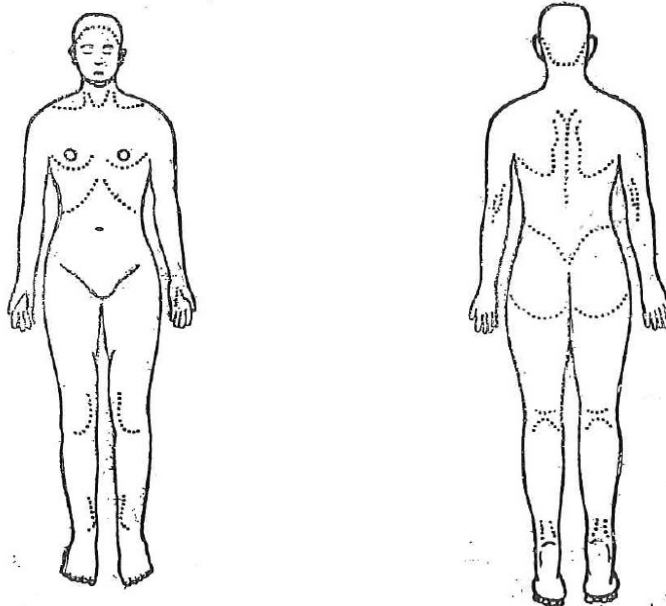
新規・再開 皮膚科 診療問合せ票 

相談日	令和 年 月 日			御氏名	
利用者様	ふりがな			相談者※	御事業所名
	氏名				住所
	生年月日	T・S・H	年 月 日		電話番号
	性別	男・女		要介護度	
	電話番号		住所	往診が必要な理由	
緊急性	症状的にお急ぎでしょうか？ → はい / いいえ / 判断がつかない				
負担割合	1割・2割・3割・なし (生活保護受給 → 受給区 担当者 ・その他) 生活保護受給者の方は必ず、受給区・担当者をご記入ください ※お支払い方法は、口座振替となります (現金支払、お振込をご希望の場合は、ご相談ください)				

★皮膚科の診療は、火曜日のみとなっております★

※以下、皮膚に関する症状を分かる範囲でお教えてください。

①皮膚疾患の症状・部位・いつから出現した症状でしょうか？



②軟膏・塗り薬・内服薬（皮膚疾患関連のもの）で現在利用中のものはございますか？

抗真菌剤をご使用の場合、顕微鏡検査が実施可能となるまでに、約2週間の休薬が必要です
→お薬手帳／薬情のコピーを頂けますと記載は不要です。

△薬剤・食物アレルギーの有無 不明・なし・あり ()

③その他の特筆事項

(ADLの状況 (ほぼ寝たきりなど)、エアマット・除圧用具の利用、主な内科病名や既往歴 etc.)

※当院より折り返しお電話を致します。今しばらくお待ちください。

医療法人社団 千葉中央ひかりクリニック FAX : 043-306-2112 (電話 : 043-306-2111)