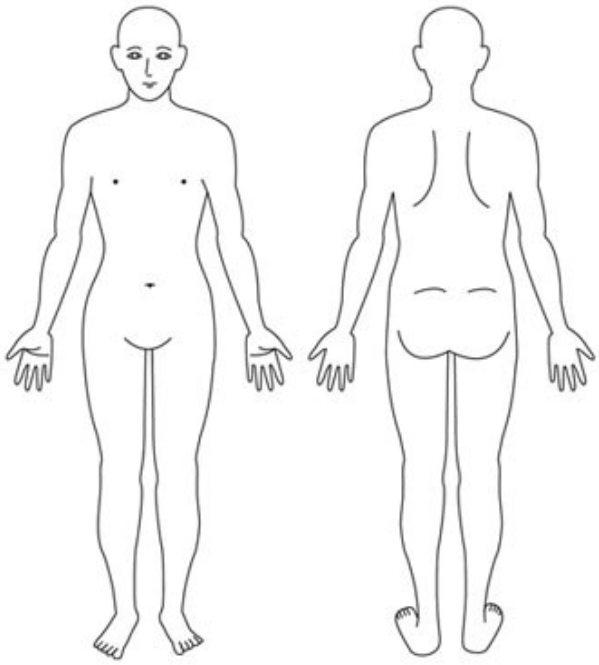
いまいホームケアクリニック皮膚科診療予約申込票

受付日	年　月　日（　）	☎	
相談者	（続柄　）	同居・別居	家族よりの依頼の場合　別居の場合必ず住所を記入してください
フリガナ 氏名	男 女	生年月日	T・S・H　年　月　日　歳
住所	〒　－ （マンション名・部屋番号も記入してください）	☎	
往診先 住所	〒　－ 札幌市　中央区　・西区 （マンション名・部屋番号も記入してください）	☎	
駐車場	有　無	ある場合場所の記入をお願いします	キーパーソン　続柄（　） ☎（　）
請求書 送付先 住所	〒　－ （マンション名・部屋番号も記入してください）　（続柄　）　氏名（　）	☎	

●下記の図に症状のある場所を丸で囲んでください（複数の場合は番号をふってください）



いつから（　頃から）

どのような症状ですか

かゆい　痛い　ぶつぶつ　かさかさ

赤み　水ぶくれ　やけど　水虫

ニキビ　いぼ　アトピー

タコ/魚の目　じんましん

現在行っている処置

その他気になる症状をご記入ください

保険情報	保険			負担割合証	
	要介護度		特定疾患/重身		生保
	居宅介護事業所名		TEL/担当	/	
主治医名 病院名	（通院中・訪問中） ☎		訪問看護ステーション	（医療・介護） ☎	

＊健康保険証・あれば限度額認定証をFAXお願いします。FAXなければ上記ご記入ください。
＊家族以外からのご依頼については往診をご本人ご家族が了承しているのか確認をお願いします。

	料金表	1割	3割	
初診	初診料等409点＋往診料720点	1130円	3390円	処置・処方等又は病状により別料金がかかる場合や処置により自費の場合もあります。 交通費500円/月
再診	再診料等96点+往診料720点	820円	2460円	

＊お支払いは、口座振替でお願いしております。書類は診療時お渡しいたします。
■　往診日時の検討にあたり現在利用中のサービスと時間を教えてください
①訪問診療　②訪問看護　③訪問リハビリ　④デイサービス　⑤訪問入浴　⑥ヘルパー⑦その他

	月	火	水	木	金	備考
AM						診療は午前のみです

備考	訪問日決定　決定訪問日 電話連絡状況 月　日 時　分 ～