

《往診申込用紙》

みねた婦人科クリニック FAX:043-309-7115 Tel:043-309-7113

千葉市緑区あすみが丘 1-19-2 根本ビル3階

- * 申込対象者：①来院困難な婦人科の患者様
②往診範囲が 25km 圏内(車片道 45 分以内)

(ふりがな)

1. 患者氏名： _____ 様
2. 生年月日：明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳
3. 往診先住所： _____
4. 表 札 名： _____
5. 電話番号： _____ - _____ - _____
6. 対応者氏名： _____ 関係 (_____)
7. 患者の状況：寝たきり・起き上れる・多少の歩行ができる。その他(下記へ記入)
(_____)
8. 患者主症状：おりものが気になる・不正出血・腹痛・腹部膨満感・尿もれ
その他(下記にご記入ください)

9. 費用：診療費は原則として保険適応です。自己負担として車代¥2,000 と材料費をいただくことがあります。

往診先地図 (近所の目印になるものを必ず記入して下さい)

*クリニック記載欄

往診予定日：平成	年	月	日 (_____)	時	分	可・否
----------	---	---	-------------	---	---	-----