

# 《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 大森ビル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 10km 圏内(車片道 20 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： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
可・否