

ID:

(クリニック使用欄)

## 往診用問診票

|  |         |
|--|---------|
| 駐車場  | あり( )なし |
| 駐輪場  | あり( )なし |
| 家族氏名   | 続柄      |
| 家族住所<br><small>本人住所と異なる場合のみ記載</small>              |         |
| 家族電話番号<br><small>本人住所と異なる場合のみ記載</small>            |         |
| 介護者氏名<br>住所・電話番号<br><small>本人・家族と異なる場合のみ記載</small> |         |
| ケアマネージャー<br>氏名・電話番号                                |         |
| 訪問看護<br>ステーション<br>氏名・名称・<br>電話番号                   |         |
| 往診主治医<br>(内科)<br>氏名・名称<br>電話番号                     |         |

可能でしたら保険証及び公費(障害者受給証など)を0422-22-1232  
までコピーのうえ、FAXしてください。

ID: 

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

 — 

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

  
(クリニック使用欄)

## 往診用問診票

| 最寄り駅                            | 線  | 駅   |
|---------------------------------|----|-----|
| 最寄りバス停                          | 系統 | バス停 |
| <b>最寄り駅or<br/>バス停からの<br/>地図</b> |    |     |

可能でしたら保険証及び公費(障害者受給証など)を**0422-22-1232**までコピーのうえ、FAXしてください。

# 往診についてのご案内

ID:              (作成日)

➤ 往診は原則として水曜日9時～11時または  
診療終了後です。

(緊急時はそれ以外も承ります)



➤ 交通費は以下の通りです。



| 自転車利用時 | 電車・バス利用時 |
|--------|----------|
| 無料     | 円        |

➤ 診療報酬/交通費のお支払いは、

1) 当院に来院して支払いを行う

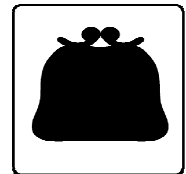
2) 銀行振込(振込後はご連絡下さい)

三菱東京UFJ銀行 成城支店 普1335481

三井住友銀行 成城支店 普3563648

多摩信用金庫 吉祥寺支店 普0136954

野崎誠(ノザキマコト)



3) 一定金額を計算し、その分支払い、

残金は次回受診時支払い。

のいずれかとなります。

| 支払金額 |
|------|
| 円    |

➤ メール・電話での問い合わせは24時間承ります。

☎090-2958-2925   ✉zaitaku@wakaba-hifuka.com

このプリントは大事に保管してください。