皮膚科・精神科　往診

上記　単科だけでも往診できます！

皮膚科

- 褥瘡がなかなか治らない
- 皮膚の湿疹が治らない
- 爪が厚くなって爪切りができない
- 顕微鏡での白癬菌・疥癬の診断も可能です

精神科

- うつ病
- 認知症かな？

＊診断に必要なため、場合により頭部CTが必要になります

- 周辺症状で困っているけど病院へ行けない

怒りっぽい・徘徊・幻覚・意欲がない・・・

※当院では　自立支援医療受給者証は（精神通院）は
ご利用頂けません。

患者様・ご家族様に寄り添う医療を提供します。
まずはご相談ください！

かしわ在宅診療所
☎　04-7186-7855　　FAX　04-7186-7856
相談員・ﾒﾃﾞｨｶﾙｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　長島・酒井

電話でのご相談・お問合わせは平日9時～17時でお願いします。

【かしわ在宅診療所】

FAX番号:04-7186-7856

皮膚科往診依頼票

依頼日:　　年　月　日

＊お手数ですが、わかる範囲で構いませんのでご記入をお願いします。

ご依頼者様お名前		患者様とのご関係	
ご連絡先			
フリガナ		生年月日	T・S・H 年　月　日　(歳)
患者氏名	男・女		
訪問先ご住所	〒　（部屋番号）		
ご連絡先			
キーパーソン/連絡先	氏名:　（続柄:　）/TEL: ご住所:		

ADL		介護サービス利用状況
移動	自立・一部介助・全介助 ⇒ 歩行・車いす・寝たきり	
排泄	自立・一部介助・全介助 ⇒トイレ・オムツ・尿道カテーテル	
意思疎通	正常・やや困難・困難・できない	かかりつけ医
アレルギー	なし・あり（　）	なし・あり（　）
既往歴		
お薬	お薬手帳またはお薬情報　なし・あり	

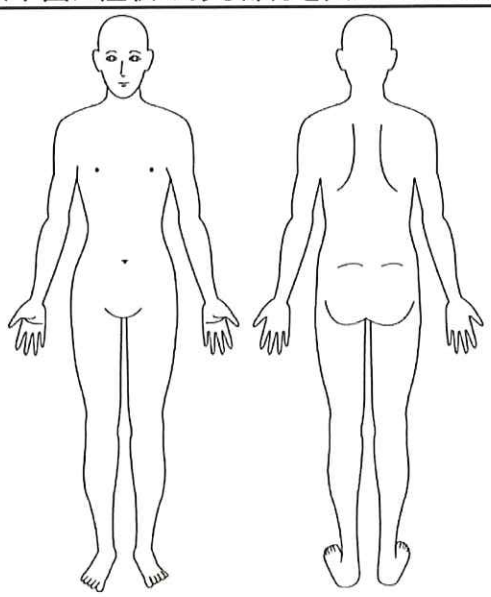
ご依頼内容　＜下図に症状のある部分を囲んでください＞

＜どのような症状がありますか＞

□かゆみ　□指間がジュクジュクしている
□痛み　□指間の皮がむけている
□発赤　□水疱
□かさつき　□できもの・腫れがある
□発疹　【赤み・熱感・膿】
□巻爪　□その他（　）
□爪が白い

＜上記症状はいつからですか＞

＜現在はどのような処置を行っていますか＞



下記書類がお手元にございましたら、添付してください

① 紹介状・薬情(記載頂ける場合はお願いいたします)
② 保険証
③ 口振用紙送付先　自動引き落とし確認書(別紙)

皮膚科往診について

（内科診療なし）

「皮膚のトラブルがあっても、なかなか受診できない」方や「こんな事で受診しても…」と
つい受診しそびれてしまったりする方など、お気軽にご依頼ください。

1. 往診について

決められた曜日に訪問させて頂きます。
往診回数は医師の判断にもよりますが、患者様のご希望もお伺い致します。

2. 診療料の目安について　【1割負担の方の目安】

	初診月	2ヶ月目以降
月1回の往診	約1,100円	約2,000円
月2回の往診	約2,000円	約1,000円
その後1回の往診につき	約1,000円	約1,000円

※3割負担の患者様は上記表金額の3倍が目安となります。
※常時介護を要する状態の方で在宅ねたきり患者処理管理料が含まれる料金となっています。
※処置や検査等をした場合、別途費用が掛かります。
※お薬が出た場合、薬局にて別途費用が掛かります。
※診察料は月末締めの翌月10日以降のご請求となります。
（お振込みか集金とさせていただきます）

3. お薬について

①訪問服薬をしている薬局より直接、ご自宅にお届け。
②処方箋をお渡しし、保険調剤薬局に取りに行かれる。
どちらかご都合の良い方法をお選びください。

4. 保険証等ご提示のお願い

保険者証等の提示をお願いしております。および保険者証等に変更がある場合は必ず
診療所へお知らせください。

5. ご不明な点・ご希望・ご質問等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。

かしわ在宅診療所
千葉県柏市旭町1-1-5　浜島ビル8階　A号室
TEL　04（7186）7855
FAX　04（7186）7856

精神科往診のご案内

（内科診療なし）

精神疾患のある方・認知症の方や認知症の周辺症状などのご相談やお薬による診療をさせて頂きます。お気軽にご依頼下さい。

1. 訪問診療について

決められた曜日に訪問させていただきます。

往診の回数は医師の判断にもよりますが、患者様のご希望もお伺い致します。

2. 診療料の目安について(1割負担の方の目安)

	初診月	次月以降
1回目の訪問	約 1，500円	約 1，300円
2回目の訪問	約 1，300円	約 1，300円
その後1回の訪問につき	約 1，300円	約 1，300円

※3割負担の患者様は、上記料金表の3倍が目安となります。

※処置や検査をした場合、別途費用が掛かります。

※お薬が出た場合は、薬局にて別途費用が掛かります。

※診察料は月末締めの翌月10日以降のご請求となります。

（口座振替、お振込みか集金とさせて頂きます）

3. 薬について

①訪問服薬をしている薬局より直接お届け

②処方箋をお渡しし、保険調剤薬局に取りに行かれる

どちらかご都合の良い方法をお選びください。

4. 保険証等の提示をお願いしております。および保険証等に変更がある場合は、必ず診療所へお知らせ下さい。
5. ご不明な点・ご希望・ご質問等がございましたら、お気軽にお問合せ下さい。

.医療法人社団　千葉白報会

かしわ在宅診療所

〒277-0852

千葉県柏市旭町1-1-5

浜島ビル8階　A号室

電話　04-7186-7855

FAX　04-7186-7856

【 かしわ在宅診療所 】⇒　FAX番号:04-7186-7856

精神科往診依頼票

依頼日:　　年　月　日

＊お手数ですが、わかる範囲で構いませんのでご記入をお願いします。

ご依頼者様お名前		患者様とのご関係	
ご連絡先			
フリガナ		生年月日	T・S・H 年　月　日　(歳)
患者氏名	男・女		
訪問先ご住所	〒　　(部屋番号)		
ご連絡先			
キーパーソン/連絡先	氏名:　　(続柄:　　)/TEL: ご住所:		

ADL		介護サービス利用状況
移動	自立・一部介助・全介助 ⇒ 歩行・車いす・寝たきり	
排泄	自立・一部介助・全介助 ⇒トイレ・オムツ・尿道カテーテル	
意思疎通	正常・やや困難・困難・できない	かかりつけ医
アレルギー	なし・あり (　　)	なし・あり(　　)
既往歴		
お薬	お薬手帳またはお薬情報　なし・あり	

ご依頼内容

＜どのような症状がありますか＞

＜上記症状はいつからですか＞

＜病歴について教えてください＞

＜生活歴について＞※出生地、兄弟関係、最終学歴、職歴、婚姻についての記載をお願いします。

下記書類がお手元にございましたら、添付してください

① 紹介状・薬情(記載頂ける場合はお願いいたします)
② 保険証
③ 口振用紙送付先　自動引き落とし確認書(別紙)

精神科の診察を受けられる方へ

状況をしっかり把握して診療に役立てるため、以下の質問にお答え下さい。なお、ご記入頂いた個人情報は診療行為に関してのみ使用し、事前にご相談者の同意なく第三者に開示、漏えいをすることはございません。

記入者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご本人との続柄＿＿＿＿＿＿　ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性別
お名前		男・女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　）才	
ご住所	〒	
電話番号	自宅：	携帯：
緊急時の連絡先 （本人様以外）	（続柄：　　）	

① いつから、どのような症状がありますか？

1．お困りの症状や問題についてお伺いします。困っている項目には○をお付け下さい。（複数可）

①気分の落ち込み　②不安・焦り　③緊張・くつろげない　④食欲不振　⑤過食

⑥不眠（寝付けない・途中で目が覚める・早朝に目覚める・熟睡感がない）　⑦集中力・記憶力減退

⑧イライラする・怒りっぽい　⑨疲れやすい・怠惰感　⑩人に見られている感じがする

⑪悪口を言われている感じがする　⑫誰もいないところで声が聞こえる　⑫その他（　　）

具体例

［　　］

2．上記症状はいつからですか

昭和・平成　＿＿年＿＿月＿＿日ごろから。

3．きっかけとなった出来事や状況ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください。

［　　］

② 上記の事で他院の心療内科・精神科で診てもらったことはありますか？

a)いいえ（この項目の質問は終了です）

b)はい

⇨ 病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医・病院＿＿＿＿＿＿＿＿科　□入院　□外来

⇨ 病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医・病院＿＿＿＿＿＿＿＿科　□入院　□外来

・その際どのように診断されましたか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・どのような治療を受けましたか。また、現在精神科薬は内服していますか

③ 健康面について

1) 以下の事柄で、当てはまるものがおありでしたら、oをつけてください。

＜高脂血症・高血圧・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・気管支喘息・過去に肝炎＞

2) 今までで合わないお薬、副作用が強く出たお薬、アレルギー反応が出たお薬などございますか

3) これまでに大きな病気や怪我、入院などはありましたか？

<記入例> 23歳　虫垂炎　　手術にて完治　43歳　リウマチ　内科にて薬物療法中　など。

4) 睡眠について

就寝＿＿時　　起床＿＿時　　入眠障害（あり・なし）中途覚醒（あり・なし）熟眠感（あり・なし）

5) 食事について

食欲はありますか　（ある・ない）

お食事はどなたが作りますか（ご自身・ご家族・介護スタッフ・その他（　　））

お酒 ⇒ 1日にﾋﾞｰﾙ＿＿＿＿本 日本酒＿＿＿＿合　*タバコ⇒1日に＿＿＿＿本

6) その他、何かございましたら、ご自由にお書きください。

④　生活歴について

1）出生地はどこですか？　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿都・道・府・県

2）養育者はどなたですか？ ①両親 ②それ以外 具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3）差支えなければ最終学歴について教えてください　*＜記入例＞　尋常小学校卒業、○○大学卒業、など。*

[　　]

4）過去・過在のご職業

＜記入例＞　２０歳～６５歳まで金融関係　定年退職後はアパート経営　など。

[　　]

5）趣味や気分転換方法などはございますか

[　　]

⑤ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください。（同居の方と同居以外の方を別々に）

（記入例）夫　56 才　公務員、糖尿病　　長女　26 才、会社員、健康

同居している方	同居していない両親 ・ 兄弟姉妹 ・ 子

*婚姻について ⇒ 未婚

既婚　　平成・昭和＿＿＿＿年＿＿＿＿月（＿＿＿＿ 才のとき）

離婚・死別　平成・昭和＿＿＿＿年＿＿＿＿月（＿＿＿＿ 才のとき）

再婚　　平成・昭和＿＿＿＿年＿＿＿＿月（＿＿＿＿ 才のとき）

*血縁のご家族ご親族に精神科、心療内科の病気がある方はいますか

ご関係（　　）　病名・状態（　　）

ご関係（　　）　病名・状態（　　）

*本日の診察のことをご家族は知っていますか

（知っている・知らない）

*初診時診察同席の方は　いる ・ いない　　（いらっしゃる場合はご本人との続柄＿＿＿＿＿＿）

お疲れ様でした。ご協力ありがとうございました。

千葉白報会　　*かしわ在宅医療部*