


宮崎江南病院  
フットケア外来診察予約FAX用紙  
FAX 0985-51-1479

※ 下記①～④すべてに該当する方のみフットケア外来が受けられます。

- ①外来透析患者                      ②自力歩行ができる                      ③足に傷がない  
④糖尿病性神経障害、閉塞性動脈硬化症、下肢潰瘍・足趾潰瘍や下肢切断歴のいずれかがある。

申し込み日                      年                      月                      日

紹介元医療機関	医療機関名	*印でかまいません			
	所在地				
	TEL				
	FAX				
	医師名				
患者情報	ふりがな			性別	
	患者氏名			男 ・ 女	
	患者住所	〒			
	生年月日	年	月	日	電話番号
現在の状態	該当するところを記入してください				
	<input type="checkbox"/> 爪白癬 <input type="checkbox"/> 胼胝（タコ）				
	<input type="checkbox"/> 肥厚爪 <input type="checkbox"/> 魚の目				
	<input type="checkbox"/> 巻き爪				
	<input type="checkbox"/> その他（                      ）				
受診希望日	第1希望日	年	月	日	
	第2希望日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 受診日希望なし (透析日 <input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土)
	第3希望日	年	月	日	
					

<医療機関の方へ>

- フットケアの処置は、初回診察日に行くことはできません。別日の木曜日の午後13時となります。
- お問い合わせは、平日の月曜日から金曜日午後14時から17時までに内科外来にご連絡ください。
- 時間外に予約のFAXをされる場合は、お返事が翌日以降になる可能性があります。御了承ください。

<お問い合わせ> 宮崎江南病院 内科外来                      電話 0985-51-7575