

## HP 医療機関検索記載事項 1

勤務先 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

主な診療科目 : \_\_\_\_\_

その他の診療科目 : \_\_\_\_\_

郵便番号 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

(E-mailはHPには掲載はしませんが、今後のご連絡手段としまして、ぜひご記入願います)

最寄の駅 : \_\_\_\_\_ (例：埼京線 さいたま駅)

駅からの経路 : \_\_\_\_\_ (例：徒歩 3 分)

休診日 : \_\_\_\_\_ (例：日曜、木曜、祝日)

診療時間

	午前	午後
月	～	～
火	～	～
水	～	～
木	～	～
金	～	～
土	～	～
日	～	～
祝	～	～

4 桁の数字でご記入下さい (午前 8 時 30 分→0830、午後 3 時→1500)

夜間診療 (午後 7 時以後) : あり、 なし (○で囲んでください)

土曜診療 : あり、 なし (○で囲んでください)

日曜診療 : あり、 なし (○で囲んでください)

予約診療 : あり、 なし (○で囲んでください)

予約方法 : \_\_\_\_\_

## HP 医療機関検索記載事項 2

往診 : する、 しない (○で囲んでください)

駐車場 : あり (\_\_\_\_台)、 なし (○で囲んでください)

バリアフリー : あり、 なし (○で囲んでください)

ホームページアドレス : http://\_\_\_\_\_

対応可能な検査・治療 (○をつけて下さい)

- ( ) パッチテスト
- ( ) ダーモスコピー
- ( ) 真菌検査 (顕微鏡検査)
- ( ) 皮膚生検
- ( ) 液体窒素療法
- ( ) PUVA
- ( ) narrow band UVB
- ( ) 小手術
- ( ) レーザー治療