

## 回答用紙 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)

ホームページアドレス : http:// \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ (例：電話予約、WEB 予約)  
 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)  
 入院設備 : あり、 なし (○で囲んでください)  
 貴医療機関は : 診療所、 病院 (○で囲んでください)  
 貴医療機関に女性皮膚科医が : いる、 いない (○で囲んでください)  
 貴医療機関に皮膚科専門医が : いる、 いない (○で囲んでください)

## 回答用紙2

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（拡大鏡）診断
  - 真菌検査（顕微鏡検査）
  - 皮膚生検
  - 液体窒素療法
  - 紫外線療法（PUVA）
  - 中波紫外線療法
  - 小手術
  - レーザー治療
- 

## 地域医療連携用施設情報アンケート

（会員ページのみ掲載）

対応可能な検査・治療（○をつけて下さい）

- パッチテスト（日用品）
- パッチテスト（金属）
- narrow band UVB(全身照射型)
- narrow band UVB(ターゲット型)
- エキシマライト
- 色素レーザー照射
- Qスイッチ付ルビーレーザー照射
- Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射
- 局所免疫療法（DPCP）
- 局所免疫療法（SADBE）
- 軟属腫摘除
- 鶏眼・胼胝処置
- 熱傷・外傷処置
- 陥入爪治療（ガター法、ワイヤー法など）
- 注射（強ミノC, ノイロトロピンなど）
- シクロスポリン内服療法
- 皮膚がんフォローアップ