

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)

※埼玉県皮膚科医会では年に4回程度メールマガジンを配信しています。内容は診療に有意義な情報や、皮膚科医会の予定などです。ご記載のアドレスへ配信しますが、配信をご希望されない先生は 以下にチェックを入れてください。

☐ メールマガジンの配信を希望しない

最寄の駅 : _____ (例：埼京線 大宮駅)
駅からの所要時間 : _____ (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)

回答用紙 2

夜間診療（午後 7 時以降）：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 : _____

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

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