

ご本人確認を行っております。フルネームでご記入下さい。

お名前(カタカナで)

①か②へ

①前回の続きの方

症状は? ○で囲んでください

良い

変わらない

悪い

良い所も悪い所もある

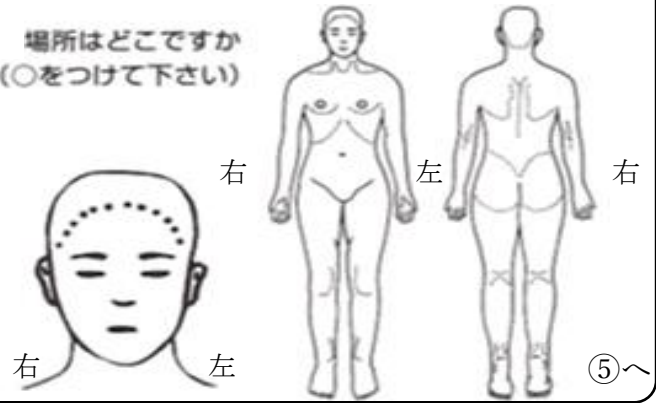
③へ

③お薬について

・必要になるお薬(ぬり薬・飲み薬)・量や本数
(記入例:マイザー1本、プロペト100g、ロコイド2本、
タリオン14日分、ドレニゾンテープ2枚等)

②お久しぶり、又は前回と違う症状がある方 いつからどのような症状がありますか?

場所はどこですか
(○をつけて下さい)



・残っているお薬(ぬり薬・飲み薬)・量や本数 (記入例:ヘパリン半分、メサデルムローション3分の1等)

④へ

④診察で聞きたいことがありましたらご記入ください

●購入したい物品はありますか? ○で囲んで、2つ以上の方は個数もご記入ください

シャンプー リンス 低刺激泡フォーム(洗顔・ボディ) 日焼け止め その他()

●当院では手術や自費診療も行っています。気になることがあれば○で囲んでください。

手術 → 皮膚のしこり・ほくろ・できもの 自費診療 → シミ・薄毛(AGA)・ピアス・巻き爪ワイヤー

⑤お久しぶりの方に質問です

1. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気に前回受診から変更はありますか

()ない

()糖尿病 ()心臓病 ()腎臓病 ()肝臓病 ()高血圧

()胃十二指腸潰瘍 ()緑内障 ()前立腺肥大 その他()

2. 現在飲んでいる薬に前回受診から変更はありますか ※お薬手帳、説明書をお持ちの方はお見せください

()ない

()ある →薬の名前()

3. 前回受診から新たに薬や注射で具合が悪くなったことや、かぶれたことはありますか

()ない

()ある →薬の名前()

4. 女性の方のみお答えください

現在妊娠の可能性がありますか

()ない ()ある もしくは ()妊娠中 カ月(予定日 月 日) ()授乳中