

# 問診票(再診の方)

未記入/多数の相談を診察できません。3つ目以降次回にしてください。

お名前(フルネーム・カタカナで)

前回の続き→①へ進む

お久しぶり又は前回と異なる相談→②へ進む

## 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

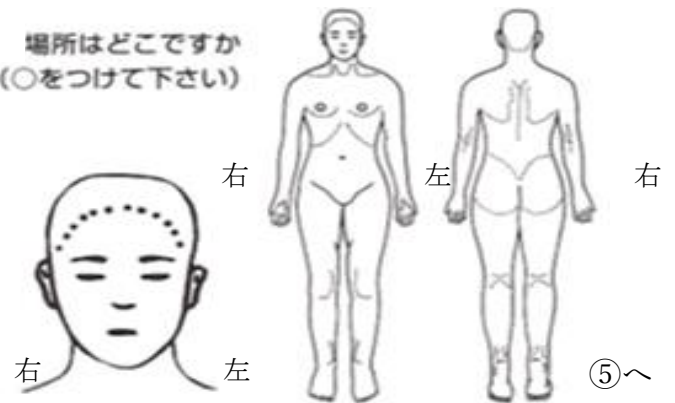
良い所も悪い所もある

③へ

## 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)



## 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)

・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

( )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

( )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

( )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