

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

ついでに未記入の相談/多数の相談を診察できません。3つ目以降は次回に

①前回の続きの方

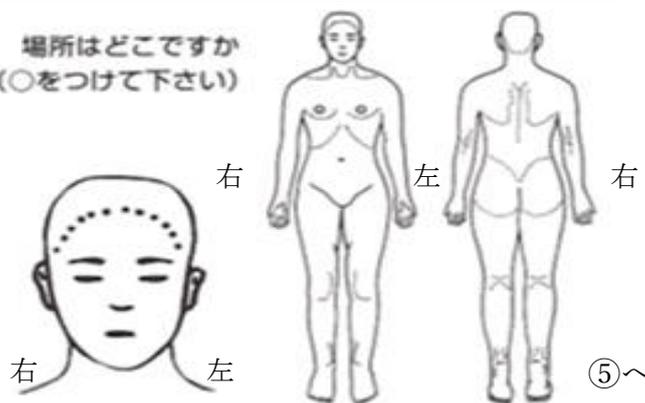
症状は? ○で囲んでください

- 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日分等)

他院の処方 of 病院名/薬の名前() → 医師の判断により

当院で処方できない事例が多いです/インターネットで調べた薬まずだせません

・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