

1. 本日からかかる症状についてご記入ください。

前回の続き

↓

①当てはまる症状（又はその他）に
✓をつけてください

イボ やけど
ニキビ 帯状疱疹
体や顔のかゆみ
水虫 その他

②症状は前回に比べていかがですか？

良い
悪い
変わらない
良いところも悪いところもある
良かったけど薬が切れて悪化

新しい症状

↓

①新しくみてほしい所を○で囲んでください。
 ②“いつ頃から”“どのような症状”か、空いているところにご記入ください

2. 現在、他の病気で治療していますか？

はい（病名 _____）（医療機関名 _____）
 いいえ

3. 現在、飲み薬(他院・市販・サプリメントなど)を服用中ですか？

（はい ・ いいえ）

はい と答えた方はお薬手帳を診察室でご提示ください。

手帳を忘れた方は、薬品名をご記入ください。（ _____ ）

※内服中の薬が不明の場合、一切の処方できない可能性があります。

※以下の該当するものがあれば○で囲ご記入ください

1. 妊娠（ _____ か月）
2. 授乳（お子さんは _____ 歳 _____ か月）
3. 緑内障
4. 薬剤アレルギー（ _____ ）
5. 体重(小児のみ) _____ k g

※マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない
 ご協力ありがとうございました。