

水ぼうそうや、はしか等が疑われる方はお申し出ください

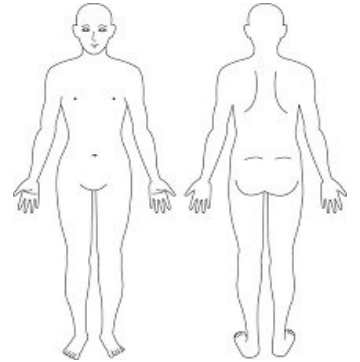
ふりがな 生年月日 年 月 日
お名前 (男 ・ 女) 年齢 歳
体重 kg (お子さんのみで結構です)

1. 本日の受診理由 (前回と同じ症状 ・ その他【 】)

2. 現在の症状 湿疹 かゆみ 痛み 腫れ イボ できもの ニキビ
水虫 じんましん 赤み
その他 ()

症状のある箇所に印をつけてください

3. 前回、処方されて合わなかった飲み薬・外用薬をご記入ください



4. 他の病院で処方されている薬で変更がありましたらご記入ください
(お薬手帳をご提示ください)

5. 女性の方へ

妊娠中ですか (はい [第 週] ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

6. 前回から今回受診するまでに病院を受診され治療中の場合は、その内容をご記入ください

7. 住所、電話番号の変更がある方はご記入ください

症状や診察状況により順番が前後したり待ち時間が長くなったりする場合がございます