

再診問診票

氏名()

1) 前回受診後、皮膚科以外に治療中の病気の薬は変わりましたか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 薬の名前 (お薬手帳をお持ちの方は提出していただければ結構です)

()

※薬の名前がわからない場合、飲み薬が処方できないことがあります。ご了承ください。

2) 女性の方に質問します。現在妊娠していますか？

はい (妊娠 月) ・ 近々希望 ・ いいえ

3) 女性の方に質問します。授乳中ですか？

はい ・ いいえ

4) 小学生以下の方は体重をお書きください

キログラム

5) 前回と同じ病気のご相談ですか？

・ はい

前回の件でなにか質問がありましたらお書きください

()

・ いいえ

「いいえ」の方のみ次のページにもご記入をお願いします。

1つの症状に対して1枚ずつご記入をお願いします。

