

お名前（カタカナで）

マチノ タロウ

● 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

● お久しぶり、又は違う症状もある方

症状はいつから？

1週間前から。○月○日頃から。等

顔や体のどこに？

症状は？（かゆい、痛い、湿疹などできるだけ詳しく）

● 診察で聞きたいことがありましたらご記入ください

● お薬について

どちらか片方の記入でも構いません。お薬の処方が4種類以上ある方はぜひご記入ください

・残っているお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

プロペト 残なし
ロコイド 1本
ヘパリン 2本（使わなかった）
デュアック 1/3
オロパタジン 3日分
他は全部飲んだ

・必要になるお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

メサデルム 前回と同じ量
プロペト 100g
アンテベートローション 3
ヨクイニン 14日分
ファモチジン 14日分
オロパタジン 11日分

● 当院では自費診療、手術・フットケアも行っています。気になることがあれば○で囲んでください。

自費診療 →

レーザー脱毛

冊子が欲しい

ピアス

光治療（シミ・赤ら顔）

肌年齢測定

シミの塗り薬

まつげ育毛剤

うす毛（AGA）

飲み薬を考えたい

手術・フットケア →

皮膚のしこり

巻き爪

ほくろ（レーザーも可）

水虫チェック

できもの

取りたい

手術は保険診療の中で行います。
日帰り 30分程度、費用は3割
負担で1万円前後です。

● 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

ファンデーション

化粧品（

）

その他（

）