



エキシマレーザー治療をうけている方へ

ID :

お名前 :

1. 前回照射後にみられたことがあれば○をつけてください。

- () 弱い赤み、ピンク色 () 日間)
- () 強い赤み () 日間)
- () ヒリヒリなどの痛み () 日間)
- () その他【 () 日間)

2. 症状について何か変わりがあれば記入してください。

- () 良くなっている
- () 良いまま変わりなし
- () 良くも悪くもない
- () 悪いまま変わりなし
- () 悪くなっている

3. 処方をご希望の方は記入してください。

- ① ぬり薬 () 前回と同じ
- ② 飲み薬 () 前回と同じ

☆ 診察をご希望の方はスタッフまで声をかけてください

看護師記入欄

- 前々回の光線量 月 日 () mJ
- 前回の光線量 月 日 () mJ
- 本日の光線量 () mJ