

エキシマ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。

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|-----|---|
| <input type="checkbox"/> 弱い赤み、ピンク色 | } | (| 日間) |] |
| <input type="checkbox"/> 強い赤み | | | | |
| <input type="checkbox"/> ヒリヒリなどの痛み | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 [| | | | |

2. 症状について何か変わりがあれば記入してください。

- | | |
|--------------------------------|---|
| { | } |
| <input type="checkbox"/> 変わりなし | |

3. 処方をご希望の方は記入してください。

① ぬり薬

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 前回と同じ | { | } |
|--------------------------------|---|---|

② 飲み薬

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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