



# エキシマライト治療を受けている方へ

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