

名前) \_\_\_\_\_

体重) \_\_\_\_\_

次回診察は、1週間後・2週間後・来月 ※24時間以内に37.5℃以上の発熱があった場合は、診察日の変更をお願いいたします。

自宅でご記入いただき、次の診察日に、この問診表を、受付に出してください。



## スキンケア問診表



当てはまる項目に、○・記入をしてください。

- 1) 症状は？
  - ・ 落ち着いている
  - ・ 悪化している
- 2) 今どのようにぬってますか？→
  - ・ 部位： ヒルドイド 回/ 日
  - ・ 部位： ロコイドクリーム・軟膏 回/ 日・週
  - ・ 他（ ）
- 3) 処方希望するお薬→（ ）
- 4) 余っているので処方希望しないお薬→（ ）
- 5) 前回の診察から本日までに、食べ物を摂取したあと、何か症状がでたことがある  
→（食物名 ）