本日問診票

お名前：

1. 前回受診時から本日までお変りはございませんでしたか？

該当するものに〇をつけてください：　よくなった　かわらない　悪くなった

さらに詳しく：（　　）が（　　）頃、（　よく　/　悪く　）なり、その後（　よく　/　悪く　）なった。

思い当たる原因は？：

2. 前回受診時から他の病院の治療をうけましたか？（皮膚症状と皮膚以外の症状両方を含みます）

症状：

病院名：　　お薬（メモやおくすり手帳でも構いません）：

3. お薬について

ほしいお薬・サプリ：　　（　　日分）

余っているお薬　　：　　（　　日分）

4. 特に先生とご相談されたいことはありますか？（新たな目標、新たな皮膚症状、〇〇について知りたい、など）

5. 今回お見せいただく資料はありますか？

ご持参された資料は受付にご提出ください。（※スマートフォンでの表示はご遠慮ください。）

6. 次回のご予約候補日、または必要なお薬の日数を教えてください

薬の処方日数の上限は90日までとなります（病状によります）。

※ 書ききれない時は裏面、または別紙にお書きください。