

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

名前 _____ 男・女

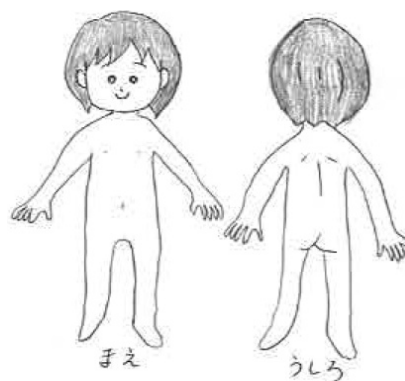
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (才)

体重 _____ g・kg

来院時の体温 _____ °C

① 前回受診日からの様子を教えてください。

「お薬を塗ってみて皮膚の状態はどうか」、「食事内容を変更してみてどうか」など、どんなことでも構いません。肌の状況で気になることがありましたら、図に自由に記載してください。



② 何か困ったことや疑問に思ったことはありませんでしたか？

③ 現在使用しているお薬がありましたら教えてください。お薬の残りはありますか？

例：薬の名前 (キンダベート)	使用部位 (かお・くび)	使用回数 (1日 回)	残り (あり・なし)
・薬の名前 ()	使用部位 ()	使用回数 (1日 回)	残り (あり・なし)
・薬の名前 ()	使用部位 ()	使用回数 (1日 回)	残り (あり・なし)
・薬の名前 ()	使用部位 ()	使用回数 (1日 回)	残り (あり・なし)
・薬の名前 ()	使用部位 ()	使用回数 (1日 回)	残り (あり・なし)

④ 肌トラブル以外で気になる症状はありますか？

気になる点がありましたら、スタッフが後ほどお声をかけさせていただきますので、よろしくお願い致します。ご協力ありがとうございました。

