

ふりがな	診察券番号	WEB
名前		

● 前回の続きの方

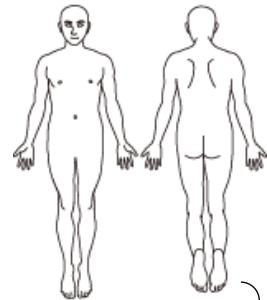
- にチェックしてください
- 同じ処置を希望（いぼ・削り等）
- 継続の治療を希望
※ 痛み・痒みの程度に○をつけ
て下さい。
良い・変わらない・悪化

継続して薬の処方希望

足りなくなった薬や余っている薬や
特に先生に伝えたい症状がありましたら
下記にご記入ください。

● お久しぶり、
または前回と違う症状もある方
症状はいつから？

症状の出た部位



症状は？
(かゆい、痛い、

湿疹などできるだけ
詳しく)

● 他に診察で聞きたいことがありましたらご記入ください。

● 当院では自費治療も行っております。

気になることがあれば○で囲んでください。

自費治療→ピアス／光治療（シミ・くすみ・ハリ）
シミのぬり薬／シミの飲み薬／うす毛（AGA）／
ピーリング（ニキビ・くすみ・ハリ）

● 購入したいものがありますか？○で囲んでください（個数も）
シャンプー（低刺激・育毛）／サプリメント（美白・美肌・ニキビ）
育毛製品（男性用・女性用）／日焼け止め／ファンデーション
その他