

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、

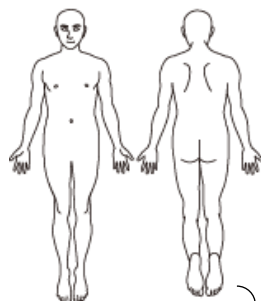
または前回と違う症状もある方

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→ピラス / 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）

## ● 購入したいものはありますか？○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