

受付日 平成 年 月 日

お薬の処方のみご希望の方へ

診察券番号：

お名前：

1、本日処方せんを取りに来られた方はどなたですか？

* ご本人

* 代理 (お名前： 続柄：)

2、症状はいかがですか？

* お薬によって落ち着いている。

* 症状に変化がある。(具体的に：)

3、必要なお薬を書いて下さい。薬品名がおわかりにならない場合、いつ頃処方されたお薬なのか、前回と同じものかなどをご記入ください。

*注 処方量は原則として前回と同じ量までとさせていただきます。また前回は初診の方は、経過の診察が必要となるためお薬の処方のみではお受けできません。

内服薬 (飲み薬)

* 1:

* 2:

* 3:

* 4:

* 5:

外用薬 (ぬり薬)

* 1:

* 2:

* 3:

* 4:

* 5:

注 カルテの内容次第では診察室でお話しを伺うこともあります。