

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のはどなたですか？（○で囲んで下さい）

* ご本人

* 代理（お名前： 続柄： ）

2、症状はいかがですか？（○で囲んで下さい）

* 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。

名前がわからなければいつ処方されたお薬か（例：前回と同じ処方など）、
を書いて下さい。 注：処方量は原則として前回と同じ量となります。

前回は初診の方は経過の診察をする為お薬のみで
お出しする事は出来ません。

内服薬（飲み薬）

1：

2：

3：

4：

5：

外用薬（ぬり薬）

1：

2：

3：

4：

5：

注：カルテの内容によっては診察室でお話を伺う事があります。

ミルディス皮膚科