

お薬のみご希望の方へ

年 月 日

お名前 (患者様)

1. 今回ご希望の薬の種類と量に関してわかる範囲でご記入ください。

内服

外用(うがい、点鼻、点眼、トローチ、座薬、軟膏など)

2. 現在の病状はいかがですか?

3. お薬や病状の事でご要望、ご質問などありませんか?

4. 現在当院以外から処方されている薬を飲んでいますか?

いいえ はい → どんな薬ですか

5. 今回診察をお受けにならなかった理由は?(いくつでも)

() 病状が安定しているから

() 診察に来たが待ち時間が長いので

() 忙しく受診できなかった

() 体調が悪く通院できないので

 その他