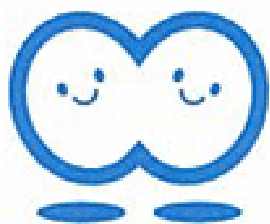


NO. \_\_\_\_\_

- ・診察を希望される部位をお教え下さい。
- ・内服または外用している薬剤があればお教え下さい。  
(皮膚科以外で処方されている薬や薬局等で購入されている薬も含めて)
- ・薬剤等に対してアレルギーがあればお教え下さい。
- ・こちらの皮膚科は何でお知りになりましたか？
- ・ご家族でこちらにかかられている方がいらっしゃればお教え下さい。
- ・その他、何かご希望があればお書き下さい。



医療法人社団恵礼会

北原皮膚科

KITAHARA DERMATOLOGY CLINIC