

お薬についてのご確認

記載日 年 月 日

いずれかに必ずチェックをお願い致します。記入後、診察時に医師にお渡しください。

☐

症状が安定しているので、前回と同じ薬を処方してほしい

①アレルギー薬 処方期間(医師にまかせる ・ 7 日間 ・ 14 日間 ・ 28 日間)

②点鼻薬 (1 本 ・ 2 本)

③目薬 (1 本 ・ 2 本) コンタクトレンズ(使用している ・ 使用していない)

☐

前回から変更してほしい薬がある

変更したい薬に○をつけてください

(アレルギー薬 ・ 点鼻薬 ・ 目薬)

変更希望の方は、ご希望するものに○をつけて下さい。

① 効いていないので強い薬を希望 ②眠気が強いので眠気が少ない薬を希望

③ ご自身でご希望のお薬があればご記入下さい。()

お名前: