問診表

記入日　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	年齢	性別
		歳	男　・　女
ご住所	〒	電話番号	

① 本日はどの治療を希望されますか？

☐ 高濃度ビタミンC点滴　☐ マイヤーズカクテル点滴　☐ ニンニク点滴
☐ 白玉点滴　☐ プラセンタ注射

② 現在どのような症状がありますか?

いつ頃から?（　　年　　月　　日）※怪我の場合は受傷日

③ その症状で他の医療機関を受診されていますか?

☐ はい →（　　）病院・医院・整骨院
☐ いいえ

④ 今までに怪我や手術、かかったことのある病気、または現在治療中の病気はありますか?

☐ ある →
（　　歳：　　）（　　歳：　　）
（　　歳：　　）（　　歳：　　）
（　　歳：　　）（　　歳：　　）
☐ ない

⑤ 今までにお薬、食べ物などでアレルギー（ かゆみ・じんましん・ぜんそく等 ）がでたことがありますか？

☐ ある → お薬や食べ物の種類・名前は？（　　）
→ 症状は？（ かゆみ・じんましん・ぜんそく・その他（　　））
☐ ない

⑥ 金属アレルギーや光線過敏症はないでしょうか？

☐ ある → 金属（　　）アレルギー / 光線過敏症　☐ ない

⑦ 女性の方のみお答えください。

☐ 妊娠中である　☐ 妊娠の可能性がある　☐ 妊娠していない　☐ 授乳中である

⑧ 当院をどこで知りましたか？

☐ もともと通院していた　☐ クリニックの看板を見て　☐ インターネット検索
☐ ホームページを見て　☐ SNS(インスタ・FB)を見て　☐ 知人・家族の紹介
☐ 他医院からの紹介　☐ その他（　　）