

## 自費診療問診票 (1)

フリガナ

検温 : \_\_\_\_\_℃

お名前 : \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ・ その他 )

生年月日 : 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 年齢 : \_\_\_\_\_ 歳

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような注射・点滴・内服療法をご希望ですか。当てはまるものに  をつけてください。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> にんにく注射           | <input type="checkbox"/> ビタミン注射         |
| <input type="checkbox"/> 眠気・倦怠感           | <input type="checkbox"/> アンチエイジング (抗酸化) |
| <input type="checkbox"/> 疲労回復・肝機能改善・二日酔い  | <input type="checkbox"/> リフレッシュ点滴       |
| <input type="checkbox"/> プラセンタ            | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎       |
| <input type="checkbox"/> ブライダルチェック        | <input type="checkbox"/> STI (性感染症)     |
| <input type="checkbox"/> 男性泌尿器科 (保険適用外)   | <input type="checkbox"/> 婦人科 (保険適用外)    |
| <input type="checkbox"/> イボ・ほくろ・シミ・ウオノメなど | <input type="checkbox"/> GIA ホルモン療法     |
| <input type="checkbox"/> 各種健診             | <input type="checkbox"/> 予防接種 (ワクチンなど)  |
| <input type="checkbox"/> トラベル外来 (保険適用外)   | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 (保険適用外)   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )    |   |

2. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、 をつけてください。

- 高血圧  糖尿病  喘息  肺炎  結核  腎臓病  肝臓病
- 心臓病  不整脈  脳梗塞  その他 ( \_\_\_\_\_ )

裏に続きます

## 自費診療問診票 (2)

3. 今までに大きな病気や手術を受けられたことはありますか。

はい ・ いいえ 病名または手術名 ( )

4. 現在服用している薬はありますか。

はい ・ いいえ 薬の名前 ( )

5. アレルギー体質はありますか。

はい ・ いいえ 何のアレルギーですか ( )

6. タバコは吸いますか。お酒は飲みますか。

タバコ : はい ・ いいえ ( 本数 日)

お酒 : はい ・ いいえ

7. 妊娠の可能性はありますか。

はい ・ いいえ ・ 分からない

8. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。当てはまるものに☑をつけてください。

近所に在住  勤務先が近い  ホームページ  入口の表示を見て

パンフレット・チラシ  家族の紹介  知人の紹介  他院の紹介

その他 ( )

ご協力頂きありがとうございました