

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