よどやばし
メディカルクリニック

患者 ID：

年　　月　　日

自費診療問診票

フリガナ

検温：＿＿＿＿＿℃

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（ 男 ・ 女 ・ その他 ）

生年月日：　　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。

☐ にんにく注射・点滴　☐ ビタミン注射・点滴　☐ GIA ホルモン療法
☐ 眠気・倦怠感　☐ マイヤーズカクテル　☐ 予防接種（ワクチンなど）
☐ 疲労回復・肝機能改善・二日酔い　☐ アレルギー性鼻炎　☐ 禁煙外来（保険適用外）
☐ プラセンタ　☐ STD（性感染症）　☐ トラベル外来（保険適用外）
☐ ブライダルチェック　☐ ED 薬　☐ 男性外来（保険適用外）
☐ 各種健康診断　☐ セカンドオピニオン　☐ ダイエット（アンチエイジング）点滴　☐ 美肌点滴
☐ 白玉（美白）点滴　☐ 高濃度白玉（美白）点滴　☐ アフターピル　☐ AGA 治療薬
☐ 日帰り手術（包茎、尖形コンジローマ、パイプカット、イボ・ほくろ・シミ・ウオノメ など）
☐ 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（　　）

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／タバコ／はありますか。

アレルギー：　はい　・　いいえ　何のアレルギーですか（　　）
タバコ：　はい　・　いいえ　（　　本数　　日）
お酒　：　はい　・　いいえ

6.　（女性の方）妊娠の可能性はありますか。

はい　・　いいえ　・　分からない

7.　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。

☐ 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
☐ SNS　☐ その他（　　）

ご協力頂きありがとうございました