

## 自由診療問診票

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・内服薬・検査をご希望ですか。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・点滴           | <input type="checkbox"/> ビタミン注射・点滴     | <input type="checkbox"/> GIA ホルモン療法       |
| <input type="checkbox"/> 眠気・倦怠感              | <input type="checkbox"/> マイヤーズカクテル     | <input type="checkbox"/> 予防接種 (ワクチンなど)    |
| <input type="checkbox"/> 疲労回復・肝機能改善・二日酔い     | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎      | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 (保険適用外)     |
| <input type="checkbox"/> プラセンタ               | <input type="checkbox"/> STI (性感染症)    | <input type="checkbox"/> トラベル外来 (保険適用外)   |
| <input type="checkbox"/> ブライダルチェック           | <input type="checkbox"/> ED 薬          | <input type="checkbox"/> AGA              |
| <input type="checkbox"/> 男性泌尿器科 (保険適用外)      | <input type="checkbox"/> 各種健康診断        | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン        |
| <input type="checkbox"/> ダイエット (アンチエイジング) 点滴 | <input type="checkbox"/> 美肌点滴          | <input type="checkbox"/> イボ・ほくろ・シミ・ウオノメなど |
| <input type="checkbox"/> 白玉 (美白) 点滴          | <input type="checkbox"/> 高濃度白玉 (美白) 点滴 | <input type="checkbox"/> アフターピル           |
| <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 ( \_\_\_\_\_ )

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  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )