

# 問診表・診療申込書（自由診療 自費注射）

令和 年 月 日

フリガナ 名前		性別	男・女	生年月日	T・S H・R	年	月	日	( 歳)
身長・体重	cm/	kg							
住所	〒								
自宅電話 ( )					携帯電話	( )			
緊急連絡先 ( )									
職業(会社員・デスクワーク・重労働・その他)	( )								
学校(小学校・中学校・高校・大学・専門学校)	年生								

- ①本日はどちらを希望されますか？
- 筋膜リリース             にんにく注射
  - プラセンタ               スーパーにんにく注射
  - ダブルプラセンタ       脂肪燃焼注射
  - 美白美肌注射

- ②どのような症状で注射治療を希望されますか？
- 肩こり                     風邪をひきやすい
  - ほてり                     慢性疲労・眼精疲労
  - 冷え性                     やる気・意欲減退
  - 不眠                       体重増加
  - イライラ症
  - 生理不順                 その他
  - 腰痛 ( )
  - お肌のトラブル

- ③今までに下記の病気をされたことがありますか？
- 心臓病                     脳梗塞、脳血栓
  - 喘息                       高血圧
  - 糖尿病                     痛風
  - 腎臓病                     胃潰瘍、胃酸過多症
  - 骨粗鬆症                 リウマチ
  - 肝炎                       HIV
  - 膵炎

- ④薬のアレルギー、アルコールかぶれ、注射を禁止されている腕などがある場合はご記入ください

- ⑤以前、注射や点滴をして具合が悪くなったことはありますか？
- ・はい( )
  - ・いいえ

※女性の方へ

- ⑥現在、妊娠又は授乳されていますか。
- ・している
  - ・していない
  - ・わからない

## アンケート

- 当院を何で知りましたか(複数回答可)
- ・ホームページ
  - ・その他Webサイト( )
  - ・口コミ
  - ・イトーヨーカドー内ポスター
  - ・元ふきもと整形に通院していた
  - ・知人・家族の紹介( 様)
  - ・その他( )