

自費注射問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____

〒

住所 _____

明・大

生年月日 昭・平 年 月 日 電話番号 _____

① 本日はどちらを希望されますか？

ビタミン注射 ・ プラセンタ療法 ・ にんにく注射

② 現在どのような症状で注射治療を希望されますか？

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 慢性疲労・眼精疲労 | <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> のぼせ |
| <input type="checkbox"/> 二日酔いしやすい | <input type="checkbox"/> 冷え性 | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> イライラ感 | <input type="checkbox"/> 生理不順 | <input type="checkbox"/> 美肌 |
| <input type="checkbox"/> やる気・意欲減退 | | | |

その他： _____

③ その症状はいつからですか？

約 _____ 年 _____ ヶ月前から

④ 現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の場合→ 医療機関名 (_____)

いつ頃から治療されていますか？

約 _____ 年 _____ ヶ月前から

⑤ これまで他の医療機関でビタミン注射・プラセンタ療法を受けられたことがありますか？

はい ・ いいえ

⑥ アレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の場合は何のアレルギーかお書き下さい。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ご記入頂いた事項は診療のみに使用いたします。

いぜき内科クリニック