

自由診療問診票

受診日 令和 年 月 日

ID:

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
			年 月 日 歳
ご住所	〒		
連絡先	電話:	携帯:	

1.本日は何をご希望されますか？
プラセンタ注射 ・ にんにく注射

2.プラセンタ注射を受けたことがある方に、お伺いします。

どちらの注射を受けましたか？

ラエンネック ・ メルスモン ・ どちらかわからない

4.現在、通院中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名:)

5.今までにかかった病気はありますか？

いいえ ・ はい (歳) 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 緑内障 胃・十二指腸潰瘍
肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 その他 ()

10.今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名: : 歳)

6.現在、内服しているお薬がありますか？

いいえ ・ はい (薬品名:)

7.今までに、注射または点滴で気分が悪くなったことがありますか？

いいえ ・ はい (薬品名:)

7.お薬や食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？

いいえ ・ はい (何で: どのような:)

8.たばこは吸いますか？

いいえ ・ はい ・ 以前吸っていた (本/日 年間)

9.お酒は飲みますか？

いいえ ・ はい (何を: どの位の量 どのペースで:)

11.女性の方にお伺いします。

現在、妊娠中または授乳中ですか？

いいえ ・ はい (妊娠の可能性がある ・ 妊娠中である ・ 授乳中である)

12.その他、医師へお伝えしたいことがあればご記入ください。

問診は以上です。血圧測定をお願い致します。