

自由診療問診票

フリガナ

検温 : _____℃

お名前 : _____ (男 ・ 女 ・ その他)

Name : _____ Passport No. : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 : _____ 歳

住所 : 〒 _____ - _____

Address : _____

自宅 : _____ 携帯 : _____

勤務先 : _____ 勤務先 TEL : _____

1. 本日はどのような内容をご希望ですか。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"/> 疲労回復・肝機能改善・二日酔い |
| <input type="checkbox"/> 眠気・倦怠感 | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | <input type="checkbox"/> プラセンタ |
| <input type="checkbox"/> マイヤーズカクテル | <input type="checkbox"/> ダイエット (アンチエイジング) | <input type="checkbox"/> 美肌点滴 |
| <input type="checkbox"/> 白玉 (美白) 点滴 | <input type="checkbox"/> 高濃度白玉 (美白) 点滴 | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック |
| <input type="checkbox"/> STD (性感染症) | <input type="checkbox"/> 男性外来 (保険適用外) | <input type="checkbox"/> ED 治療 (薬) <input type="checkbox"/> GID 治療 |
| <input type="checkbox"/> AGA 治療 (薬) | <input type="checkbox"/> 渡航外来 (保険適用外) | <input type="checkbox"/> 予防接種 (ワクチン等) <input type="checkbox"/> 各種健康診断 |
| <input type="checkbox"/> 各種英文証明書 | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 (保険適用外) | <input type="checkbox"/> アフターピル <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> 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 等) | | |
| <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。

- | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 不整脈 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 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。

- | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 近所に在住 | <input type="checkbox"/> 勤務先が近い | <input type="checkbox"/> ホームページ | <input type="checkbox"/> 入口の表示を見て | <input type="checkbox"/> パンフレット・チラシ |
| <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他院の紹介 <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |