

自費問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 _____		
自宅電話番号		携帯電話	
身長	_____ cm	体重	_____ kg
今までにかかった病気			
現在 通院中の医療機関	医療機関(_____) 病名・治療内容(_____)		
内服薬	お薬手帳をお持ちですか(はい ・ いいえ)		
アレルギーについて	なし ・ あり↓ 原因:(_____) 症状:(_____)		
どうやって知りましたか?	知人の紹介・他院で勧められた・ホームページ・看板・その他(_____)		
<p>本日はどのようなことでいらっしゃいましたか?</p> <p>・プラセンタ注射 ⇒プラセンタ注射の種類はお決まりですか?(メルスモン ・ ラエンネック ・ 相談したい) ⇒プラセンタは初めてですか?(はい、初めてです ・ いいえ、以前にも受けたことがあります)</p> <p>・ビタミン注射/点滴 ⇒希望のメニューはありますか?(_____) ⇒目的はなにですか? (美白 ・ 体調不良 ・ ダイエット ・ その他 (_____))</p> <p>・ED薬 シルデナフィル (_____ 錠) ・ タダラフィル (_____ 錠) ⇒ED薬は初めてですか?(はい、初めてです ・ いいえ、以前にも使っています)</p> <p>・AGA薬 フィナステリド (_____ 箱) ・ ザガーロ (_____ 箱) ⇒AGAは初めてですか?(はい、初めてです ・ いいえ、以前にも使っています)</p> <p>・その他(_____)</p>			
【その他】ほかに何か気になること、ご要望などあればお書きください。			

ご協力ありがとうございました。お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。

おかけになって、お呼びするまでしばらくお待ちください。気分の悪い方は受付までお申し出ください。