

# 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 ( 年齢 ) 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。