

一般問診票

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -		職業
連絡先	携帯: ()	自宅: ()	
meil	@		
治療中の病気・怪我	ない ・ ある (病名:)		
既往歴	高血圧症 高脂血症 糖尿病 心臓病 がん 甲状腺疾患 その他 ()		
常用薬	ない ・ ある (薬名:)		
アレルギー	ない ・ ある (名称:)		
(女性の方)妊娠していますか?	いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 可能性あり		
気になるお身体の症状 (複数回答可)	首・肩こり 疲労感 お肌 頭痛 めまい 立ちくらみ 体重増加 貧血 薄毛 生理痛 疲れやすい 冷え性 むくみ その他 ()		
そのほか気になる症状	特にない ・ ある ()		
タバコは吸いますか?	いいえ ・ はい (1日 本)		
アルコールについて	飲まない ・ ある (週に 回位/1回の量 ml)		
ご来院の目的 (複数回答可)	アンチエイジング 健康維持 腰痛・肩こりの改善 薄毛治療 ダイエット 冷え性 サプリメント 美肌 体質改善 更年期症状 ED治療		
当クリニックを知ったのは?	知人の紹介 (ご紹介者名:) インターネット 広告 HP 雑誌 () 看板 その他 ()		
興味のあるメニュー	各種検査 () 各種点滴 () プラセンタ注射 サプリメント外来 その他 ()		
治療のご予算について	< 健康・美容のため(施術や検査、サプリメントなど)に使える1ヶ月の金額 > ~10,000円 ~30,000円 ~50,000円 ~100,000円 ~200,000円 わからない(相談して決めたい)		
ご質問・ご要望などございましたらご記入ください。			