

問診票

フリガナ

名 前 _____

紹介者名 _____

携帯番号 _____ (電話番号) _____

〒 _____

住 所 _____

1、いつごろからどのような症状がありますか？

① いつ頃から

② 症状

2、ご家族の中でご病気の方はおられますか？

① はい (がん、高血圧、結核、糖尿病、その他) ② いいえ

①でその他と答えた方 病名 ()

3、今までに病気にかかれたこと、手術を受けたことがありますか？

病名・手術 () 時期 ()

4、現在治療中の病気はありますか？ ① ある ② いいえ

①と答えられた方どの様なお病気ですか？ ()

5、現在内服されている薬はありますか？ ① ある ② いいえ

内服されているお薬がわかれば記入してください。 ()

6、今までに薬・注射で副作用をおこしたことがありますか？

① はい ② いいえ

①と答えられた方、どのような薬・注射でしたか ()

7、アルコール・たばこ・コーヒー 一日平均どの程度飲まれますか？

アルコール (酒 合、ビール 本、ウイスキー 杯)

タバコ (本)、コーヒー (杯)

8、今までに輸血を受けたことがありますか？ ① はい ② いいえ

9、現在、妊娠中または可能性がある。 ① はい ② いいえ

10、(その他) ご相談内容の項目に○を付けてください。

(ED ・ プラセンタ ・ ビタミンC ・ コンドロイチン ・ ニンニク)