

問診票

ID :

受付日

年

月

日

フリガナ	性別 男 ・ 女
お名前	生年月日 年 月 日 (歳)
ご住所 〒 —	ご連絡先

●既往歴

無 有 ⇒ ()

●現在治療中のご病気や過去に大きな病気、または手術を受けられたことはありますか？

無 有 ⇒ 病名 ()

手術名 () いつ頃： ()

●現在内服中のお薬はありますか？(サプリも含む)

無 有 ⇒ ()

●アレルギーはありますか？

無 有 ⇒ (具体的に：)

●(女性の方へ) 現在妊娠・授乳中ですか？

無 有

●以前点滴や注射をして、具合が悪くなったり血管痛が起こったことはありますか？

無 有 ⇒ (症状：)

●現在お困りの症状などがございましたらご記入ください。

●ご希望される施術メニューに○印をご記入ください

2,000円コース		4,000円コース		6,000円コース	
にんにく注射		肝機能回復点滴		スペシャル白玉点滴	
ビオチン注射		マルチビタミン点滴		アンチエイジング点滴	
ビタミンC注射		グルタチオン点滴		脂肪燃焼点滴	
トラネキサム酸注射					

●回数券の購入希望はございますか？

無 有 ⇒ (2,000円コース ・ 4,000円コース ・ 6,000円コース)