

職場でのやけど、ケガで来院された方はすぐにスタッフまでお
知らせ下さい。

この問診票を記入する前でもかまいません。

ふりがな

お名前

男 ・ 女

住所

電話番号

生年月日 T S H 年 月 日

本日はどうされましたか？記入して下さい。

体のどこが？ 例 (背中)

()

どうなっていますか？ 例 (かゆい)

()

うら面もあります。記入お願いします。

はいの場合は○印、いいえの場合は×印をつけて下さい。又、当てはまるものに○をつけて下さい。その他の場合は記入して下さい。

① 今まで注射やお薬で副作用を経験したことが

ありますか？ ()

② 食べ物、動物、植物などでアレルギーを起こしたことが

ありますか？ ()

③ 現在、かかられている病気はありますか？

(高血圧 糖尿病 心臓病 緑内障 脳梗塞 その他)

④ 以下の感染症にかかったことがありますか？

(B型肝炎 C型肝炎 結核 HIV その他)

⑤ 現在、服用している薬はありますか？ ()

薬名がおわかりになれば、お書き下さい。お薬手帳があれば記入は不要です。

⑥ 女性の方へ、妊活中。又は妊娠の可能性がある？ ()

⑦ 女性の方へ、授乳していますか？ ()

⑧ プラセンタ注射希望のため来院 はい・いいえ

記入していただいた個人情報当クリニックで定めた利用目的の範囲内でのみ利用いたします