

保険外診療 問診表

NO, _____

当院は、以下の質問にすべてお答えいただいた方のみ保険外診療をおこないます

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日

〒

ご住所 _____ 電話番号 _____

勤務先 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先 (携帯 etc.) _____ 続柄()

●希望のものにチェックをつけてください

にんにく注射 (濃いめ ・ 薄め)

※においが濃いか薄いかの違いで、注射の効能にはほとんど差がありません。

個人差がありますが濃いめは痛みが強くなる場合がございますので、にんにく注射がはじめての方は薄めをお勧めしています。

プラセンタ

グルタチオン

二日酔い点滴

●薬に対する副作用・アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

副作用・アレルギーがある薬の名前 ()

どのような症状が起きますか ()

●今まで、採血や注射・麻酔でショックを起こしたことがありますか (はい ・ いいえ)

どのような症状が起きましたか ()

●アルコール綿で皮膚がかぶれたことがありますか? (はい ・ いいえ)

●以下の病気にかかったことがありますか?またはかかっていますか?

肝炎 (治療中 ・ 治癒) / HIV / 梅毒 / その他感染症 ()

●もしよろしければご協力ください。

[当院をお知りになったきっかけは? (複数回答可)]

① 紹介 (ご家族 ご友人 _____ 様) ②近所・通りがかり ③ホームページ(PC ・ 携帯)

④電話帳 ⑤看板 ⑥その他 ()

☆ご協力ありがとうございました。