

フガナ 氏名	生年月日	昭和	平成
男・女	年	月	日 ( 歳)
住所 〒	TEL (携帯)		
クリニックからの案内をお送りさせていただきます メールアドレス:			
(緊急連絡先) 氏名	TEL	続柄	

1. にんにく注射を希望された理由又は身体の症状がありますか？

- 慢性疲労    頭痛    肩こり    腰痛    関節痛    便秘症  
眼精疲労    筋肉痛    肝機能障害    更年期障害    胃腸障害  
かぜをひきやすい    冷え性    不眠症    精力減退    意欲低下  
肌荒れ    スタミナ強化    アンチエイジング  
その他    いつごろから？どのような症状がありますか？  
 ( \_\_\_\_\_ )

2. 現在 治療中の病気はありますか？

- なし    ・    あり    (それは何の病気ですか？) \_\_\_\_\_ )  
 (いつ頃ですか？) \_\_\_\_\_ )

3. これまで薬、注射。食べ物などでアレルギーや気分がわるくなったことはありますか？

- なし    ・    あり    (いつ頃、何で？) \_\_\_\_\_ )

4. 当院を何でお知りになりましたか？

- ホームページ    家族・知人から    パンフレットや案内など



問診票に記載して頂いた患者様の個人情報、患者様の診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用致しません。



ご協力ありがとうございました。お呼びするまでしばらくお待ち下さい。