

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。