

初めて「にんにく注射」・「プラセンタ療法」を希望される方へ

記入日：平成 年 月 日

ふりがな

お名前：_____ 生年月日：大・昭・平 年 月 日

住所：_____

電話番号：_____ () _____ 緊急連絡先：_____ () _____

1. 現在どのような症状または目的があり注射を希望されていますか？

- | | | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 慢性疲労 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 関節痛 |
| <input type="checkbox"/> 肝機能障害 | <input type="checkbox"/> 胃腸障害 | <input type="checkbox"/> 更年期障害 | <input type="checkbox"/> 便秘症 | <input type="checkbox"/> 眼精疲労 |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> 二日酔い | <input type="checkbox"/> のぼせ | <input type="checkbox"/> 冷え性 | <input type="checkbox"/> 不眠 |
| <input type="checkbox"/> 意欲低下 | <input type="checkbox"/> 精力減退 | <input type="checkbox"/> 生理不順 | <input type="checkbox"/> 健康の維持 | <input type="checkbox"/> 滋養強壮 |
| <input type="checkbox"/> アンチエイジング（老化防止） | <input type="checkbox"/> 発疹・シミ・しわ | | | <input type="checkbox"/> 美容・美白 |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | | |

いつ頃から症状がありますか？ 約_____年_____ヶ月前から

2. 現在治療中の病気はありますか？ (□あり □なし)

「あり」と答えた方： 病名（ _____ ）・病院名（ _____ ）
いつ頃から治療していますか？ 約_____年_____ヶ月前から

3. 以前大きなけがや病気で治療を受けたことがありますか？ (□あり □なし)

「あり」と答えた方： 病名（ _____ ）・病院名（ _____ ）
いつ頃ですか？ 約_____年_____ヶ月前（ _____ 才頃）

4. 以前これらの注射を受けたことがありますか？ (□あり □なし)

「あり」と答えた方： 病院名（ _____ ）
いつ頃ですか？ 約_____年_____ヶ月前

※当院は、個人情報診療目的の範囲内で業務遂行上必要な限りにおいて、利用します。

(カルテ No. _____)