

## 問診票

記入日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ

お名前( \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_才 生年月日( S・H・R \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日)

ご住所(〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 電話番号( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

① いつ頃から、どのような症状がありますか？ ご自由にお書き下さい。

② 今までに病気、手術をされたことがありますか？ ( \_\_\_\_\_ )

③ ご家族で病気、手術をされた方はいますか？ ( \_\_\_\_\_ )

④ ご出身( \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ ) ⑤ ご兄弟(姉妹) \_\_\_\_\_人上から \_\_\_\_\_番目

⑥ 教育( \_\_\_\_\_学校 在学・卒業 )

⑦ 結婚( S・H・R \_\_\_\_\_年～ S・H・R \_\_\_\_\_年)

⑧ 今一緒に住んでいる方はいますか？ ( \_\_\_\_\_ )

⑨ お仕事は何かされていますか？ ( \_\_\_\_\_ )

⑩ ビタミン注射(自費診療) ご希望の方へ(☑を入れて下さい。)

まれに注射部位の疼痛、発赤、発疹等が起こることがありますが、半日程度で消えることがほとんどです。

にんにくのような匂いを感じますが、数時間のうちに無くなります。