

点滴・注射 問診票

ふりがな		性別	男性 ・ 女性
お名前		受診日	年 月 日
住所	〒		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年【西暦	年】 月 日 歳)
ご連絡先	-	-	【 ご自宅 ・ 携帯電話 】

【1】 本日は何を希望でしょうか？

1：げんき注射 2：マイヤーズカクテル 3：美人点滴 4：ビタミンC点滴

【2】 現在、通院中の病気がありますか？

1：いいえ 2：はい（病名は？ _____)

【3】 現在、内服しているおくすりがありますか？

※当クリニックを受診されている方は記載不要です

1：いいえ 2：はい（おくすりの名前は？ _____)

【4】 今までに点滴や注射で気分が悪くなったことはありますか？

※当クリニックを受診されている方は記載不要です

1：いいえ 2：はい（受けたものの種類は？ _____)

【5】 おくすりや食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？

1：いいえ 2：はい（何で出ましたか？ _____ 症状は？ _____)

【6】 タバコは吸いますか？

1：いいえ 2：はい 3：以前吸っていた（2・3に○の方⇒1日に _____ 本くらいずつ _____ 年間）

【7】 お酒は飲みますか？

1：いいえ 2：はい（何を？ _____ どのくらい？ _____ ペースは？ _____)

【8】 今までに入院するような病気にかかったことがありますか？

1：いいえ 2：はい（いつのとき？ _____ 歳 病名は？ _____)

【10】 （女性の方にお伺いします） 現在、妊娠中または授乳中ですか？

1：いいえ 2：はい（妊娠の可能性が _____ ・ _____ 妊娠中である ・ _____ 授乳中である）

【11】 その他、医師へ伝えたいことがあれば、ご記入ください。

※ご来院のきっかけはなんですか？

ホームページ ・ ご紹介【 _____ 様より】 ・ 看板を見て ・ その他（ _____)