【問診票】

お名前	（フリガナ）		ご住所		
生年月日	西暦　　年　　月　　日		ご連絡先	携帯電話	
				Eメール	
診察券番号			ご紹介者の診察券番号又は氏名		

※ご住所・ご連絡先は差し支えなければご記入ください。

1）当クリニックへのご来院は初めてですか。

1．初めて　　**2．二回目以上**

2）当クリニックのことを何でお知りになられましたか。（あてはまる項目に〇をつけて下さい）

1．インターネットHP　　**2．広　告（ｽﾎﾟﾆﾁ・ｻﾝｽﾎﾟ・大ｽﾎﾟ・夕刊ﾌｼﾞ・日刊現代・その他（　　））**

3．知人の紹介　　**4．その他（　　）**

3）今日はどの様なことでおいでになりましたか。（あてはまる項目に〇をつけて下さい）

1．頭髪、薄毛、脱毛に関するお悩みのご相談　　**2．EDに関するお悩みのご相談**

3．ニンニク注射に関するご相談　　**4．プラセンタ点滴に関するご相談**

5．肉体疲労・だるさに関するご相談　　**6．がん予防（高濃度ビタミンC点滴）・アンチエイジングのご相談**

7．その他（　　）

4）ご希望の処置について記入して下さい。（あてはまる項目に〇をつけて下さい）

1．詳しいご相談・診察をご希望　　**2．投薬・注射のみをご希望**

5）以下の質問に、お答え頂ける範囲で記入して下さい。（あてはまる項目に〇をつけて下さい）

1．身長：　　cm　　体重：　　kg

2．今までにかかった大きな病気や手術がございましたらご記入ください。

病名　　時期：　　年　　月頃

病名　　時期：　　年　　月頃

3．現在治療中の病気などがございましたらご記入ください。

病名　　服用中のお薬

病名　　服用中のお薬

4．御親族で大きな病気、手術を受けられたことがある方がございましたらご記入ください。

病名　　御自身との関係

病名　　御自身との関係

（裏面に続きます）

（つづき）

5. たばこは吸われますか。　いいえ ・ はい
具体的に ［ 1日　　本ぐらい、喫煙期間約　　年 ］

6. 糖尿病（境界型糖尿病も含む）と言われた事がありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

7. 高血圧・不整脈・不安定狭心症はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

8. 高脂血症と言われた事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

9. 脳梗塞・脳出血になられた事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

10. 狭心症・心筋梗塞になられた事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

11. ご家族やご親族で糖尿病、高血圧、高脂血症、脳梗塞、脳出血にかかった方がいますか。
いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

12. 低血圧と言われた事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

13. 網膜色素変性症と言われた事がありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

14. 肝臓や腎臓が悪いといわれた事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

15. 今までに大きな病気や手術を受けられた事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

16. お薬を飲んでアレルギーが起こった事はありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

17. お薬以外（食べ物など）でアレルギーが起こった事はありますか。いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

18. 1カ月以内に注射・点滴を受けられた事がありますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

19. お酒は飲まれますか。　いいえ ・ はい
具体的に ［ 毎日 ・週1回 ・たまに、1回に約　　合］
※日本酒1合相当：ビール大瓶1本、焼酎0.5合、ｳｨｽｷｰﾀﾞﾌﾞﾙ1杯

20. 現在、他院でお薬やサプリメントをのまれていますか。　いいえ ・ はい　具体的に ［　　］

21. 今までに下記の薬をお使いになった事がありますか。あれば〇をつけて下さい。
（　バイアグラ ・ レビトラ ・ シアリス ・ プロペシア ・ アボルブ ・ アロビックス外用薬　）

ご質問は以上です。ありがとうございました。

SAMURAIクリニック
men's only