

フリガナ 氏名	生年月日		昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	ご連絡先				
ご住所	〒 _____				
性別	男性・女性	身長	cm	体重	kg

◎本日は、どのような理由で受診されましたか？
1～6に○をつけるか、7に詳しく記入をお願いします。

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. 美白・美肌・デトックスに興味があって | 4. ダイエット希望 |
| 2. 疲労回復・健康増進を期待して | 5. 避妊目的などの低用量ピル |
| 3. 肝機能の改善、悪化の予防を目指して | 6. サプリなど |
| 7. その他（具体的に記入をお願いします） | |
- _____

◎アレルギーはありますか？（例：お薬、食べ物、金属、花粉など）

いいえ・はい（ _____ アルコール：かぶれる・かぶれない）

◎かかりつけの病院はありますか？ なし・あり（ _____ ）

喘息（なし・あり →最終発作はいつですか？ _____ ）

糖尿病（なし・あり → _____ 歳頃から、今の治療は？ _____ ）

高血圧（なし・あり → _____ 歳頃から、内服薬は？ _____ ）

心臓の疾患（なし・あり →病名 _____、今の治療は？ _____ ）

◎その他の病気、及び手術の有無を教えてください。

（病名： _____、 _____ 歳頃）

手術（病名 _____、手術名 _____、 _____ 年）

◎現在、お薬・サプリメント・健康食品・漢方薬は飲んでいますか？

いいえ・はい（薬品名 _____ ）

*お持ちの方は、お薬手帳をお見せ下さい。

◎喫煙はしますか？ いいえ 現在喫煙中・過去喫煙（ _____ 本/日 _____ 年間）

◎飲酒はしますか？ いいえ・はい（1日 _____ 本・杯/ _____ ml程度）

★ご来院のきっかけ・・・口コミで（ _____ 様）、ホームページ、Google、net、その他（ _____ ）