

美容注射・点滴 問診票

年 月 日

No. _____

ふりがな		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男 女	才	昭和 平成 年 月 日	
現住所	〒 _____	携帯		(携帯番号は必ずご記入ください) _____	
		自宅電話		_____	
メール1	@ _____	受信	OK	勤務先	
メール2	@ _____	受信	OK		
予約の空きが出ましたら、ご希望の方にメールでお知らせします。					

1. あなたが行いたい点滴（注射）は何ですか

- () ① プラセンタ点滴 or 注射
- () ② シミ、色素沈着症、クスマ 点滴 or 注射
- () ③ 肝斑専用 点滴 or 注射
- () ④ にんにく 点滴 or 注射
- () ⑤ 総合ビタミン 点滴 or 注射
- () ⑥ 症状により、上記の混合 (mix) スペシャル 点滴 or 注射

2. 今までに下記の病気をされた事がありますか？ ○をつけて下さい。

高血圧症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 胃、腸の病気 肝臓病 胃腸病 気管の病気
 肺の病気 甲状腺疾患 脳の病気 その他 ()
 アトピー性皮膚炎 光線過敏症 (紫外線・太陽光線) 肝炎 HIV
 アレルギー性疾患 (気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・食物アレルギー)
 血液疾患 (貧血・白血病・紫斑病・その他) ジンマシン ない

3. 現在服用している薬はありますか？ (ない ある) ※ある方は、薬剤名を記入してください。
 ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示下さい。その方は記入不要です。

()

4. 薬のアレルギーはありますか？ (ない ある) ※薬剤名を記入してください。

()

5. 女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？ (ない ある)

6. 本日の体調は、(体調は良い 普通 疲れている 感冒等に罹患している) ○をつけて下さい。

7. 以前、注射及び点滴をして、具合が悪くなった事がありますか？ (ない ある)

8. 以前、注射及び点滴をして、血管痛が起こった事がありますか？ (ない ある)

9. その他、ご希望、ご質問がありましたらお書き下さい。

()

日付	種別	方法	内容	次回
年	① プラセンタ	静注 右	プラセンタ () A ビタミンC () A	/
	② シミ、色素沈着、クスマ		アリナミン () A ビオチン () A	
	③ 肝斑		フラビタン () A トランサミン () A	
	④ にんにく		リメファー () A グルタチオン () A	
担当	⑤ 総合 (マルチ) ビタミン	点滴 左	強ミノC () A 20%GL () A	料金
	⑥ その他	生食 20cc () A 生食 100cc ()		

円

備考