

パレスクリニック点滴(静注 or 点滴)コーナー問診表

200 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	19 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯			
		自宅電話			
E - mail	@	勤務先			

1.あなたが行きたい点滴(注射)は何ですか

- () プラセンタ点滴 or 注射
- () シミ、色素沈着症、クスミ 点滴 or 注射
- () 肝斑専用 点滴 or 注射
- () にんにく 点滴 or 注射
- () 総合ビタミン 点滴 or 注射
- () 症状により上記 ~ を併用する事もできます。
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。

- 1 アトピー性皮膚炎 2 光線過敏症(紫外線、太陽光線) 3 肝炎
- 4 血液疾患(貧血、白血病 紫斑病 その他) 5 ジンマシン
- 6 その他アレルギー性疾患
(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 その他)
- 7 HIV
- 8 その他の既往歴 : 高血圧症 ・ 心臓疾患 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 胃、腸の病気 ・ 肝臓病・
気管の病気 ・ 肺の病気 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳の病気 ・ その他()

3.現在服用している薬はありますか？ (ない ある) ある方は、

名前がわかれば記入して下さい。
お薬手帳をお持ちの方見せて下さい。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) 名前がわかればご記入下さい。

()

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()普通・()疲れている()感冒等に罹患している ()体調は良い

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。

[]