

美容医療、その他の自費診療 問診票 千和クリニック

フリガナ	性別 : 男・女	年齢 : 歳
氏名	生年月日 : 大・昭・平・令	年 月 日

●本日は、どのようなご相談で来院されましたか？

- ☐しみ、肝斑 ☐毛穴 ☐しわ ☐たるみ ☐にきび
☐医療脱毛 ☐ダイエット ☐疲れやすい ☐不眠 ☐アレルギー ☐体質改善
☐癌や生活習慣病の予防 ☐その他 ()

●ご希望の項目をチェックしてください。

- ☐IPL光治療 ☐レーザートーニング ☐HIFU ☐HIFUシャワー ☐部位別 HIFU
☐医療脱毛（希望部位： ）
☐アンチエイジング点滴 ☐パワービタミン注射（マイルド・ストロング）
☐高濃度ビタミンC点滴（ 12.5 ・ プレミアム12.5 ）
☐超高濃度ビタミンC点滴（ 25 ・ プレミアム25 ・ 50 ）
☐パーキンソン病 高濃度ビタミンC点滴12.5 スタンダード
☐パーキンソン病 超高濃度ビタミンC点滴25 プレミアム
☐脂肪燃焼促進点滴（シングル・ダブル） ☐プラセンタ注射（1本・2本・3本・4本）
☐NMN点滴150mg ☐G6PD検査 ☐遅延型フードアレルギー検査（120項目・219項目）
☐サプリの相談 ☐ナチュラルホルモンの検査や相談 ☐オゼンピック
☐その他 ()

●これまで、かかった病気、現在、治療中の病気について教えてください。

()

●今までに、お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

- ☐いいえ ☐はい (具体的にご記載ください：)

●現在、内服しているお薬はありますか？お薬手帳をお出しいただいても結構です。

- ☐いいえ ☐はい (薬品名)

●タバコ : ☐吸わない ☐吸う ●お酒 : ☐飲まない ☐飲む

●女性の方にお尋ねします。現在、妊娠している可能性がありますか？ : ☐なし ☐あり

●当院にご来院されたきっかけは何でしょうか？

- ☐知人の紹介 ☐ホームページ ☐口コミ ☐SNS ☐その他 ()