

あさいクリニック問診票



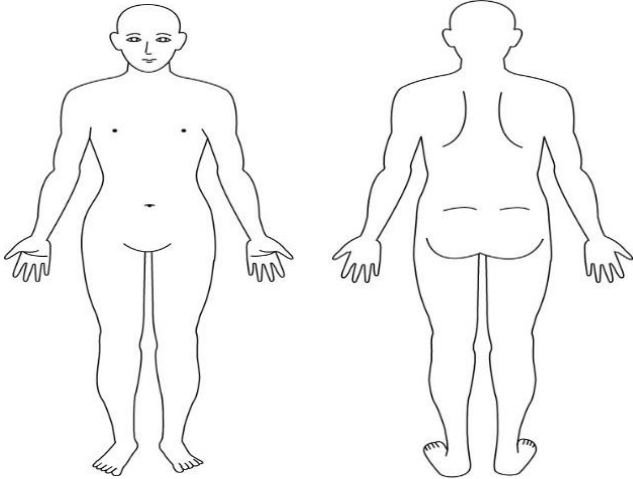
診察日	年 月 日		
フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和
氏名	男・女	年 月 日	歳
電話番号		携帯番号	
住所	〒		

- 介護認定を受けていますか いいえ はい
- 学校での受傷の場合、スポーツ保険を利用しますか いいえ はい
- 労災保険を使用しますか いいえ はい
- 職業 _____

症状についてお答えください

●診察を希望する部位に○をして下さい

右 左 左 右



身長 cm / 体重 kg

●今までに大きな病気、けが、手術等をしたことがありますか？

●現在治療中の病気はありますか？ 特になし

はい

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 肝臓病 腎臓病 痛風

胃・十二指腸潰瘍 高脂血症 その他 _____

●内服中の薬はありますか？ 特になし

●お薬手帳 あり・なし

はい

●薬や麻酔、その他アレルギーはありますか？ 特になし

はい _____

●タバコ 本/日

●アルコール 毎日・時々

●女性のみお答えください

妊娠中ですか？ いいえ はい ●授乳中ですか？ いいえ はい

●自費注射の希望はありますか？ いいえ はい (元気カクテル・美肌スペシャル・プラセンタ注射)