

ふりがな _____

名 前 _____ 男性
女性

年齢 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 電話番号 _____

ご住所 _____

※ わかる範囲でご記入お願いします。

○本日はどのような症状でご来院されましたか？

いつ頃から

[_____]

○現在、他院で治療中のご病気はございますか？

いいえ

はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 喘息
高脂血症 その他(_____)

○現在、服用中のお薬はございますか？

いいえ ・ はい (_____)

○手術を受けて体の中に金属やペースメーカーなどが体に入っていますか？

入っていない ・ 入っている

○今までにお薬や注射(麻酔・造影剤など)、食べ物等でアレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえ ・ はい (原因・症状など: _____)

○医師に要望等ございましたらご記入お願いします。

[_____]

※興味がある検査や自由診療はございますか？

(骨密度 ・ マンモグラフィ ・ 血管年齢 ・ オープンMRI ・ ビタミン点滴

高気圧エアチェンバー ・ サプリ処方)

※ご記入ありがとうございました。

