

初めて当院にて診察される方へ (自費診療用)



やまざき内科クリニック

ふりがな		生年月日	大正			
氏名			昭和	年	月	日
			平成		(才)
住所	〒 -		電話	ご自宅 携帯電話 勤務先		

※下記の項目については診療上、大切なことですので必ずご記入下さい。

1	① 本日、ご希望の診療/治療についてお教えてください？ 番号に○をつけてください	
	1 高濃度ビタミンC点滴 (がん治療)	4 グルタチオン点滴 (パーキンソン病、倦怠感、抑うつ)
	2 高濃度ビタミンC点滴 (美容、アンチエイジング、がん予防、放射線対策)	5 プラセンタ注射 (美肌、美容)
	3 マルチビタミン点滴 (かぜ予防、疲労回復、アレルギー、ぜんそく、片頭痛 など)	6 ニンニク注射 (疲労回復)
		7 ビロリ菌外来
		8 その他・自費についてのご相談
2	② お体の悩みはいつ頃からですか？ 対象に○をつけてください	
	つい最近から 1週間ほど前から 2~4週間ほど前から 1ヶ月ほど前から 2~3ヶ月ほど前から 半年ほど前から 1年ほど前から 2~3年ほど前から 4年以上前から	
3	現在医師の治療を受けたり、服用しているお薬はありますか？	はい (薬名) いいえ
4	今までにかかった病気について○印をつけてください。 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・甲状腺疾患・肝臓病・胃腸病・心臓病 呼吸器病・腎臓病・がん・前立腺肥大症・緑内障・その他 ()	
5	以前に手術を受けたことがありますか？	はい いつ頃 () 病名 () いいえ
6	以前に薬や注射、または食品でアレルギー (発疹・気分不良など) を起こしたことがありますか？	はい お薬や食品の名前 () () いいえ
7	お酒・タバコはどれくらいですか？	1日の お酒 合、ビール 本、タバコ 本
8	現在妊娠されていますか？ (女性の方のみご記入ください)	はい いいえ わからない 最終月経日 ()

アンケート：今後のクリニック運営の参考にさせていただきますので、ご協力の程お願い致します。

A	ご趣味を教えてください。	()
B	定期的なご購読雑誌などございましたら教えてください。	()
C	当院を受診されたきっかけは何ですか？	① 他院からのご紹介 ② ご家族・ご友人からのご紹介 ③ インターネットをみて ④ 当院の前を通りかかって ⑤ 駅の看板をみて ⑥ 電柱広告をみて ⑦ その他 ()
D	<input type="checkbox"/> 当院からのお知らせ、季節のお便りなどの送付をご希望されない場合はチェックを入れてください。	