

美容注射・点滴 問診票

2021-5 年 月 日

No. -

ふりがな		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男 女	才	昭和 平成 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯		(携帯番号は必ずご記入ください) - -	
		自宅電話		- -	
メール1	@	受信 OK	勤務先		
メール2	@	受信 OK			
予約の空きが出ましたら、ご希望の方にメールでお知らせします。					

- あなたが行いたい点滴（注射）は何ですか
 ① プラセンタ注射（静脈・筋肉・皮下）
 ② シミ、色素沈着症、クスマ 点滴 or 注射
 ③ 肝斑専用 点滴 or 注射
 ④ にんにく 点滴 or 注射
 ⑤ 総合ビタミン 点滴 or 注射
 ⑥ 症状により、上記の混合（mix）スペシャル 点滴 or 注射
- 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。
 高血圧症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 胃、腸の病気 肝臓病 胃腸病 気管の病気
 肺の病気 甲状腺疾患 脳の病気 その他 ()
 アトピー性皮膚炎 光線過敏症（紫外線・太陽光線） 肝炎 HIV
 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）
 血液疾患（貧血・白血病・紫斑病・その他） ジンマシン ない
- 現在服用している薬はありますか？（ない ある）※ある方は、薬剤名を記入してください。
 ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示下さい。その方は記入不要です。
 ()
- 薬のアレルギーはありますか？（ない ある） ※薬剤名を記入してください。
 ()
- 女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？（ない ある）
- 本日の体調は、（体調は良い 普通 疲れている 感冒等に罹患している）をつけて下さい。
- 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）
- 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）
- その他、ご希望、ご質問がありましたらお書き下さい。
 ()

日付	種別	方法	内容	次回
年	① プラセンタ	点滴	プラセンタ () A ビタミンC () A	/
	② シミ、色素沈着、クスマ		アリナミン () A ビオチン () A	
	③ 肝斑		静注 右 フラビタン () A トランサミン () A	
	④ にんにく		リメファー () A グルタチオン () A	
担当	⑤ 総合（マルチ）ビタミン	筋肉 左 強ミノC () A 20%GL () A	料金	
	⑥ その他	皮下 生食20cc () A 生食100cc ()		
備考				

円