

点滴問診用紙

ふりがな： _____	ご職業： _____ 男・女
氏名： _____ (才)	血液型 A・B・O・AB RH + / -
生年月日：明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	電話：(自宅) _____ (携帯) _____
住所：〒 _____	

1. 現在、治療中の病気・症状はありますか？ はい (病名(症状)： _____)
いいえ
2. 今までにかかった病気及び手術はありますか？ ある (病名： _____)
いつ頃 (_____)
ない

◎重要確認事項
・今までに薬や注射でじんましん及びアレルギーを起こしたことがありますか？ はい 薬剤名(_____) ・ いいえ
・女性の方へ・・・現在、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

点滴療法同意書

医療法人社団ブレイン・ヘルス
銀座内科・神経内科クリニック 殿

- 点滴療法の種類：基本ビタミン点滴、A.疲労回復・二日酔い回復、B.ダイエット代謝アップ、C.美肌・美白
D.アンチエイジング、E.プラセンタ、F.にんにく、G.スーパー美容・パワーアップなど

診療プログラムと診療料金についても理解し納得いたしましたので上記の内容で点滴療法を受けることに同意いたします。また、点滴診療中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その場合の費用を負担することも同意いたします。

ご本人様記入欄

平成 年 月 日

氏名

ご住所

電話番号

当院を何でお知りになりましたか？ ・知人からの紹介(紹介者： _____) ・雑誌(_____) ・以前に診察を受けたことがある ・病院からの紹介(_____ 病院) ・看板 _____ ・パンフレット _____ ・ホームページPC・スマホ・タブレット(yahoo!・google・その他)/携帯 _____ ・薬局 _____ ・その他(_____)
--

銀座内科・神経内科クリニック

