

ネクストクリニック 問診表 (再診の方用)

2016年 月 日

お名前 (ふりがな) \_\_\_\_\_

ご連絡のとれる電話番号 ※前回から変更の場合のみ、ご記入ください。

気になる症状について (いつごろから、どの場所に、どういう症状かなど)  
※前回から何か変化があれば、ご記入ください。

目的 (例: 元気になりたい、美容、若返りなど)

ご希望の治療内容

オゾン皮下注射

オゾン注腸法

オゾン大量自家血液法 (KC: あり なし)

オゾン少量自家血液法

高濃度ビタミンC点滴 (KC: あり なし)

マイヤーズカクテル点滴

にんにく注射

マニピュレーション

(ご希望のセラピスト: \_\_\_\_\_ メニュー: \_\_\_\_\_ )

今回のご予算を教えてください。

\_\_\_\_\_円

オゾンオイルの処方希望されますか?

はい \_\_\_\_\_本

いいえ

お帰りのお時間に制限があれば、教えてください。

お聞きになりたいこと、ご希望などあれば教えてください。