

ネクストクリニック 問診表 (初めての方用)

2016年 月 日

□お名前 (ふりがな) _____

□性別 男性 ・ 女性

□生年月日 (年齢) 西暦 年 (昭和・平成 年) 月 日 (歳)

□ご住所 〒

□ご連絡のとれる電話番号

□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)

□目的 (例: 元気になりたい、美容、若返りなど)

□既往歴 (これまでにされた大きなご病気を教えてください)

□手術歴 (これまでに手術されたことがあれば、いつごろ、どのような手術か教えてください)

□お薬について (現在、内服されたり、使っている薬を教えてください)

□アレルギーについて (薬、食べ物など、あれば教えてください)

□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: _____)

□高濃度ビタミンC点滴、オゾン療法をご希望の方へ

他所で適合検査 (G 6 PD検査) を受けられたことはありますか? (はい いいえ)

□今回のご予算を教えてください。 _____ 円

□オゾンオイルの処方をご希望されますか?

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。

□その他、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。