

# 問診票（プラセンタ療法）

お名前	フリガナ -----	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
		年齢	歳	男・女・未回答		
ご住所	(〒 - )					
電話番号	(携帯) (自宅)					

## 当院をどちらでお知りになりましたか？

- インターネット  看板  近所  知人からの紹介  家族からの紹介  他院からの紹介  
 その他 ( )

## ☆本日はどのような治療の目的でプラセンタ注射を希望されますか？（○をつけてください）

美容目的 更年期障害 肩こり・腰痛・関節痛 乳汁分泌不全 その他

## ☆以下の症状、疾患の中から当てはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

- ①肌の症状；乾燥、肌荒れ、小じわ、しみ、くすみ、そばかす  
②自律神経失調、のぼせ、冷え、不眠、ストレス、イライラ、頭痛  
③疲れやすい  
④花粉症、アトピー性皮膚炎、喘息、その他のアレルギー  
⑤肩こり、腰痛、五十肩、その他の関節痛、神経痛  
⑥肝疾患：ウイルス性肝炎、アルコール性肝炎、脂肪肝  
⑦産後の乳汁分泌が少ない  
⑧月経困難、生理不順  
⑨関節リウマチ、その他の膠原病  
⑩慢性胃炎、十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎  
⑪高血圧、糖尿病

ご協力ありがとうございました。資料をお読みになり、診察をお待ちください。