高濃度ビタミン C 点滴専用 問診票（自由診療）

【基本情報】

お名前（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：　　年　　月　　日　年齢：　　歳

性別：☐ 男　☐ 女　☐ その他

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【来院目的（該当するものに✔）】

☐ 美肌・美白　☐ 疲労回復　☐ 抗酸化・アンチエイジング　☐ 免疫力強化

☐ がん補助療法として　☐ その他（　　）

【既往歴・現在治療中の病気（該当するものに✔）】

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 心疾患（心不全など）　☐ 腎疾患　☐ 肝疾患　☐ 癌の治療中または既往

☐ アレルギー（薬剤・食物等）→ 内容：（　　）

☐ G6PD 欠損症（溶血性貧血）　☐ その他のご病気（　　）

☐ 現在、特に病気はない

【現在の内服・サプリメント】

☐ あり　→ 内容：（　　）　☐ なし

【妊娠・授乳について】

☐ 妊娠中　☐ 授乳中　☐ 該当なし

【点滴・注射での副作用歴】

☐ あり　→ 内容：（　　）　☐ なし

【備考・他ききたいこと】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本問診票は、高濃度ビタミン C 点滴の安全な施行のために必要な情報です。

ご記入内容は医師の診察・判断の参考とさせていただきます。

✍ ご署名

患者氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記入日：　　年　　月　　日