

超ミネラル栄養療法 問診票 FAX 043-307-8557

以下をご記入下さい。 ※問診を受けられる方及び患者様は友の会（会費無料）のメンバーとなります

ご記入日: 年 月 日

①患者様ご本人が直接問診を受けますか？

<input type="checkbox"/> はい本人です	<input type="checkbox"/> いいえ代理人です（お名前: _____）	／患者様との関係: _____
---------------------------------	---	-----------------

②患者様について

お名前	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
			生年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正
ご住所	〒	年 月 日		満 才	
		身長	cm	体重	kg
TEL		FAX		携帯	
メールアドレス					
疾病名			発病時期		
現在の治療	かかっている医療機関名および、その医療機関で何と言われましたか？				
現在お困りの症状					
現在飲んでいる薬					
薬以外にご利用のサプリメント・健康食品等()					
金属アレルギーを起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
その他今までにかかった病気					
患者様は超ミネラルを飲用していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
飲用されている方は、商品名と認定シール番号をご記入ください 商品名() 認定シール番号:					

野島先生の 診断・処方 記入欄 (医師記入欄)	() cc/1日	飲用方法()cc×()回

【野島クリニック】※本問診票により、個人情報了他へ流用する事はありません。