

にんにく注射 問診票

No. _____

令和 年 月 日

フリガ 氏名	男・女	生年月日 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所 〒	TEL (携帯)	

1. にんにく注射を希望された理由又は症状がありますか？

慢性疲労 肩こり 腰痛 関節痛

眼精疲労 筋肉痛 スタミナ強化

その他()

2. これまで薬・注射・食べ物などでアレルギーや気分がわるくなったことはありますか？

なし ・ あり 何の病気ですか？
いつ頃ですか？

3. 当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ 家族・知人から 当院ポスター

その他()

のむら整形外科クリニック