

エイジングケア問診票（初診の方へのご質問）

氏名：

住所：

電話番号：

 携帯番号：

生年月日：

 年 月 日（年齢：

）、 職業：

体重

 kg



（１）今日はどういったお悩みで来院されましたか。○印を付けて下さい。（複数可）

- ・ 肩こり ・ 疲労 ・ 冷え性 ・ 腰痛
- ・ 美容（ シミ ・ シワ ・ くすみ ・ たるみ ・ ニキビ ・ 赤ら顔 ）
- ・ ダイエット
- ・ その他（

 ）

（２）現在、治療中の病気はありますか。ある方は○印を付けて下さい。（複数可）

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 癌（

 ）
- ・ その他（

 ）

（３）下記のメニューを行っています。興味のあるものに○印を付けて下さい。（複数可）

① 体のエイジングケア

（酸化療法）

- ・ オゾン療法 ・ 血液バイオフィトセラピー
- ・ ダイナミックフォトセラピー（ オゾン療法＋血液バイオフィトセラピー ）

（抗酸化療法）

- ・ 高濃度ビタミンC療法 ・ 白玉点滴（ グルタチオン点滴 ）
- ・ プラセンタ療法（ にんにく点滴 ・ カクテル点滴 ）

（運動療法）

- ・ パワープレートトレーニング ・ 加圧トレーニング

② 肌のエイジングケア

- ・ エンビロンスキンケア（ホームケア） ・ エンビロン・フェイシャルトリートメント
- ・ Mesona-Jによるトリートメント（メソポーレーション法）： フェイシャル ・ ボディ

③ 各種検査

- ・ エイジングケアドッグ ・ 酸化ストレス度の検査（活性酸素＆抗酸化力測定）
- ・ 血液流動性検査（MCFAN） ・ 血管年齢の検査 ・ 骨密度の検査

④ その他

- ・ サプリメント（ アスタケア メロングリソディン AC-11 ヘリオケア その他 ）
- ・ まつ毛美容液（エクストララッシュ） ・ リップクリーム（ラシャスリップス）
- ・ ヤーマン化粧品

（４）当院は何によってお知りになりましたか。

- ・ ホームページ ・ インスタグラム ・ 雑誌 ・ 家族 ・ 知人、友人の紹介
- ・ その他（

 ）

エイジングケア問診票

あなたの症状を教えてください。該当する番号に○を付けてください。

(1: 全くなし 2: ほとんどなし 3: 少しあり 4: 中等度あり 5: 高度にあり)

目が疲れる	1	2	3	4	5
動悸	1	2	3	4	5
冷え性	1	2	3	4	5
ストレス	1	2	3	4	5
慢性疲労	1	2	3	4	5
肩こり	1	2	3	4	5
腰痛	1	2	3	4	5
食欲不振	1	2	3	4	5
便秘	1	2	3	4	5
下痢	1	2	3	4	5
太りやすい	1	2	3	4	5
風邪をひきやすい	1	2	3	4	5
抜け毛	1	2	3	4	5
意欲がわからない	1	2	3	4	5
眠りが浅い	1	2	3	4	5
いらいらする	1	2	3	4	5
のぼせ	1	2	3	4	5
汗をかきやすい	1	2	3	4	5
肌あれ	1	2	3	4	5
シミ	1	2	3	4	5
シワ	1	2	3	4	5

生活習慣

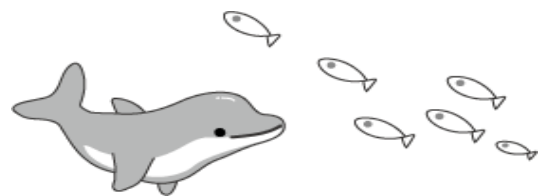
タバコ: 1日 _____ 本

酒: 1日 _____ 合 (日本酒換算)

運動: 週 _____ 日

睡眠時間: 1日 _____ 時間

水分摂取 1日 _____ リットル



最上クリニック