

エイジングケア問診票（初診の方へのご質問）

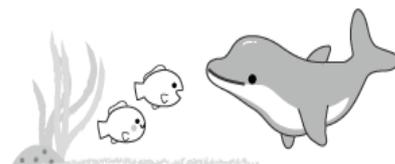
氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____ 携帯番号： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（年齢： _____）、 職業： _____

体重 _____ kg



自費診療は、初診代 2,200 円 再診代 1,100 円頂戴しますので、予めご了承下さい。

(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）

- ・ 肩こり首こり ・ 疲労 ・ 冷え性 ・ 足のむくみ ・ 腰痛 ・ 猫背
- ・ 美容（ シミ ・ シワ ・ くすみ ・ たるみ ・ ニキビ ・ 赤ら顔 ）
- ・ 薄毛（毛髪、眉） ・ 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（ _____ ）
- ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 光過敏症 ・ その他（ _____ ）

(3) 下記のメニューを行っています。ご希望のものに○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 ） ・ 水素点滴

（運動療法）

- ・ スターフォーマー ・ パワープレートトレーニング ・ 加圧トレーニング

（その他）

- ・ NMN 点滴

② 肌のエイジングケア

- ・ シミ治療 ・ ケミカルピーリング ・ ゼオスキン ・ フォトレザー
- ・ 脱毛 ・ 薄毛 AGA ・ アートメイク（眉、アイライン）
- ・ 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

- ・ 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（メロングリソディン ヘリオケア その他） ・ ペロバーム
- ・ まつ毛美容液 ・ リップクリーム ・ 着圧ソックス、インナー

(4) 当院は何によってお知りになりましたか。

- ・ HP ・ インスタグラム ・ 雑誌
- ・ 家族、知人の紹介
- ・ 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
足のむくみ	1	2	3	4	5
ストレス	1	2	3	4	5
慢性疲労	1	2	3	4	5
肩こり首こり	1	2	3	4	5
腰痛	1	2	3	4	5
猫背	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

