問 診 票

年　　月　　日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏　　名			
住　　所	〒		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　満　　歳		
ＴＥＬ	（自宅）　　（携帯）		

◆ 今日はどのような事でいらっしゃいましたか？あてはまる症状にチェック☑を付けて下さい

☐肌の乾燥　☐肌のシミ　☐肌のくすみ　☐そばかす　☐ニキビ　☐たきもの　☐肝斑
☐肌の具合がよくない　☐肌の老化が気になる　☐肌のハリ、つやがない
☐髪のハリ、つやがない　☐ストレス　☐疲労　☐身二日酔い
☐その他（　　）

◆ 既往歴

☐あり　何年頃　　[病名　　]
☐なし

◆ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい [病名　　]

◆ 現在服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい [お薬　　]

◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい [病名　　] [お薬　　]

◆ 金属アレルギーや光線過敏症はありますか？

いいえ・はい　金属 [　　] アレルギー　／　光線過敏症　ある・ない

◆ 今までにかぶれたことはありますか？

いいえ・はい [石鹸・化粧品・絆創膏・消毒薬・その他 [　　]

◆ 今までに血が止まりにくかったことはありますか？

いいえ・はい

◆ 今までに入院・手術をされたことはありますか？

いいえ・はい [手術　　] [お薬　　]

◆ お酒は飲みますか？　　いいえ・はい

◆ タバコは吸いますか？　　吸わない・吸う（一日　　本）・禁煙した（　　年前から）

◇ 女性の方だけお答え下さい

妊娠されていますか？　　いいえ・わからない・はい（　　週目）
授乳中ですか？　　いいえ・はい

※ 裏 面 に 続 く

◆ **診察にあたって『こうして欲しい』と思うことがあればチェック☑を付けて下さい**

☐飲み薬（内服薬）が欲しい　☐点滴・注射をしてもらいたい　☐湿布・付け薬を希望
☐検査を希望　☐生活指導を希望
☐その他（　　）

◆ **ダイエット内服薬「リベルサス」をご希望の方のみご記入ください**

①以下の注意事項をご確認の上、☑を付けて下さい

・「リベルサス」は医薬品医療機器等法において「2型糖尿病」の効能・効果で承認されておりますが、当院で行う「肥満治療・ダイエット」目的での使用については国内で承認されておりませんので自費診療となります。
・当院で使用している「リベルサス」はノボノルディスクファーマ株式会社で製造されたものを国内の医薬品卸売業業者から仕入れております。
・「リベルサス」は国内で承認されておりますが、承認されている効能・効果と当院での使用目的は異なります。
・リベルサスはGLP-1の飲み薬ですが、GLP-1の注射剤はアメリカのFDA(食品医薬品局)、韓国の食品医薬品安全処、欧州連合加盟28ヵ国で肥満症の適応で承認されております。

☐**以上を理解しました**

②以下の項目をご確認の上、☑を付けて下さい

・リベルサスを用いたGLP-1メディカルダイエットを利用できない方
1. 膵炎などの膵臓疾患の既往、甲状腺疾患の既往、重度の胃腸障害(胃潰瘍、炎症性腸疾患など)のある方
2. 低血糖を起こす可能性が高い以下の状態の方
ⅰ）脳下垂体機能不全又は副腎機能不全
ⅱ）栄養不良状態、飢餓状態、食事摂取量の不足
ⅲ）激しい筋肉運動
ⅳ）過度のアルコール摂取者
3. 糖尿病の方
4. 妊娠中または2か月以内に妊娠する予定の方、未成年の方、60歳以上の方

☐**上記に該当しません**

◆ **当クリニックは何でお知りになりましたか？よろしければチェック☑を付けて下さい**

☐知人の紹介　☐医師の紹介　☐福祉施設の紹介　☐その他紹介
☐パソコンでの検索　☐スマホでの検索　☐パソコンでのネット広告　☐スマホでのネット広告
☐その他（　　）