

# Men's maintenance lab 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 殿  
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生れ  
ご住所 〒 -

---

お電話 \_\_\_\_\_

(1) 現在の御健康について伺います。

薬や、食物に対するアレルギーはございますか? 【はい・いいえ】

高血圧、糖尿病、心臓病の既往歴はございますか? 【はい・いいえ】

その他の病気で、現在治療をしていらっしゃいますか? 【はい・いいえ】

「はい」の方は、病名を教えてください。

( )

(2) 現在、服用中の薬はありますか? 【はい・いいえ】

「はい」の方は、お薬を教えてください。

( )

(3) ご相談内容をお選び下さい

(ニンニク注射 他点滴等、 サプリメント、 ED、 AGA)  
(見た目のアンチエイジング )