

印

1. 今までに下記の病気をされた事がありますか？ ○をつけてください。

高血圧症 心臓疾患 糖尿病 その他（ ）

2. 現在服用しているお薬はありますか？ （ある ない） ※薬剤名を記入してください。

※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。その方は記入不要です。

（ ）

3. 薬のアレルギーはありますか？ （ある ない） ※薬剤名を記入してください。

（ ）

4. 女性のかたは、現在妊娠の可能性はありますか？ （ある ない）

5. 以前、注射及び点滴をして、具合が悪くなった事がありますか？ （ある ない）

6. 以前、注射及び点滴をして、血管痛が起こったことがありますか？ （ある ない）

7. 嗜好品 タバコ（1日 _____本） アルコール（週_____回・量_____）

8. 睡眠時間 平均(_______時間)/ 睡眠の質(熟睡・浅い)/ 就寝時間 時 ～ 時

9 .その他、ご希望、ご質問がありましたらお書きください。

（ ）

【疲労回復注射】

当院の注射療法は、疲労回復・免疫強化に効果的な成分を患者様の症状に合わせてご提供させていただきます。

注射は、血管に直接注入することで、内服薬やサプリメントに比べて即効性が高く持続性もあるといわれています。ただし、効果が永久的に続くというわけではないため、定期的に注射をすることをお勧めしております。

- 注射にかかる時間
 - ・所要時間は、10~15 分程となります。
- 注射の推奨頻度
 - ・初めの1 週間は週 1 回、その後は2 週間に 1 回程度です。
 - ・リフレッシュやメンテナンスとしては月に 1 回は推奨しています。
- 注意点
 - ・今までに飲み薬や注射でアレルギー反応を起こしたことのある方はお申し出下さい。
 - ・効果には個人差があります。
 - ・血管刺入部の疼痛や発赤、漏れによる腫脹や硬結、内出血が生じる場合がございます。その場合は必要に応じて、対応させていただきます。
 - ・妊娠および妊娠の可能性がある方、病気（高度の腎機能障害、心不全など）をお持ちの方は注射を受けられない場合がございます。
 - ・にんにく注射に関して、にんにくそのものは入っていませんがビタミン B1 の構成成分の中に含まれる硫化アリルによってにんにくの臭いを感じることがあります。（他の方に匂うようなことはほとんどございません。）

【同意書】

私は、上記の疲労回復注射の作用、および安全性について理解し使用することに同意いたします。

今後体調に変化が現れた場合などは、速やかに申し出ることを了解します。

令和____年____月____日

住所

氏名