



# WELCOME

为使您得到更好的服务，请如实填写下表  
 For a proper consultation, please fill in the following form.  
 Bitte füllen Sie dieses Formular aus, damit wir Sie gezielt und umfassend untersuchen können.

|  |  |
|--|--|
| 姓名   氏名   First name, Family name   Name, Familienname   |  |
| 性别   性別   Gender   Geschlecht  |  |
| 保险公司   保險会社名   Insurance company   Versicherung  |  |
| 血型   血液型   Blood type   Blutgruppe   |  |
| 出生日期   生年月日   Date of birth   Geburtstag   |  |
| 国籍   国籍   Nationality   Staatsangehoerigkeit   |  |
| 手机   携帯電話番号   Cell phone number   Handynummer  |  |
| 家庭电话/公司电话   自宅電話番号/勤務先電話番号<br>Telephone: private, office   Telefon: privat, Buero  |  |
| 电子邮箱   E-Mailアドレス   Email address   E-Mail Adresse   |  |
| 家庭地址   自宅住所  <br>Postal address   Postalische Adresse  |  |
| 邮编   郵便番号   Zip code   Postleitzahl  |  |
| 公司名称   会社名   Company   Firma   |  |
| 职称   職種   Job title   Beruf  |  |
| 您是如何知道身心佳中医门诊部/身悦佳门诊部的?<br>Body & Soulメディカルクリニックをどこでお知りになりましたか?<br>How did you hear about our clinic? Woher kennen Sie unsere Praxis?  |  |
| 您是否正在其它医疗机构就医? 現在、他の医療機関におかかりですか?<br>Are you under medical care in other facilities besides Body & Soul?<br>Suchen Sie noch andere Stellen fuer aerztliche Betreuung auf? Welche?  |  |
| 您是否在过去的6个月里接受过任何的诊疗项目? 如果是, 是由于何种原因?<br>6か月以内に何か治療中の項目はありますか? また、治療中でしたらどのような原因ですか?<br>Have you received medical treatment in the past 6 months? If yes, for what reason?<br>Erkrankungen der letzten 6 Monate und deren Behandlung.         |  |
| 您对打针或抽血是否有任何不良反应?<br>採血あるいは鍼治療で不良反応を起こしたことがありますか?<br>Do you have any ill reaction to injections or taking blood samples?<br>Haben Sie unguenstige Reaktionen bei Injektionen oder Blutabnahme?   |  |
| 您是否定期服用药物? 如果是, 请详细列出您所服用的药物名称和数量。<br>定期的に薬を使用していますか? もし、使用中でしたら薬の名称・量など詳しくご記入ください。<br>Do you take any medications regularly? If yes, please indicate each type of drug and amount.<br>Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche? Wieviele? |  |
| 您是否对任何东西(如某些药物或食物)过敏? 如果有, 是哪些?<br>何らかの(薬物・植物)アレルギーはありますか? もし、ある場合はどのような物に対してかご記入ください。<br>Do you have allergies/ allergic reaction to any drugs or foods?<br>Haben Sie Allergien auf Medikamente oder Lebensmittel? Welche?                  |  |

