

ボツリヌス問診票

痛み、コリがある部位、 またはボツリヌス注射をしたい部位 はどこですか。

問題の場所の検査、治療は行っていますか？

無 有

病院名

結果

治療内容

過去にボツリヌス注射の経験はありますか？

有 無

いつから症状は気になってますか？

くいしばりの自覚症状はありますか？

現在当てはまるものを○をつけてください。

アレルギー（食べ物、花粉、薬、金属等）がある。

妊娠、生理中である。

過去にボツリヌス注射をしてアレルギー反応を起こしたことがある。

氏名

住所

電話番号

E m a i l