

受付番号

← 電話やネットで受付された方は必ず受付番号をご記入下さい

# 問 診 票

ダウンロード版

生年月日 年 月 日 ( 才 )

ふりがな

氏名 男・女 体重(お子さんのみ) kg / 職業:

( - )

住所 TEL ( )

今日は どうされ ましたか？	耳そうじ希望	
	検査希望 ( )	
	補聴器相談	
	ヘルストロン	
いつから	今朝 ・ 昨日 ・ 1週間以内 ・ 1ヶ月以内 ・ それ以前	
熱 は	ない ・ ある → ( 度 )	
タバコは	吸わない ・ 吸う → ( 1日 本 )	
お酒は	飲まない ・ 飲む → ( 週に 日 )	
他院でかかっ ている病気は	ない ・ ある → ( 病名 : )	
アレルギーは	ない ・ ある → ( 原因 : )	
薬で副作用の 経験は	ない ・ ある → ( 薬名 : )	
現在飲んで いる薬は	ない ・ ある → ( 薬名 : )	
女性の み	現在妊娠は	していない ・ 可能性あり ・ している ( 出産月 : 月 )
	現在授乳は	していない ・ している
当院をお知り になったのは	クチコミ ・ ネット検索 ・ フェイスブック ・ 雑誌 ・ 通院歴あり 看板 ( 当院屋上 ・ 駅ホーム ・ 道路 ・ 電柱 ) ・ その他	