

## 問 診 票

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	している ( ヶ月 ) ・ していない ・ 可能性あり	
	現在授乳は	している ・ していない	
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		