

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

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 :) ※ある場合は薬名を記入後、問診票と一緒に薬手帳をご提出下さい		
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	
当院を知った きっかけは	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		