

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

ダウンロード版

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
		アレルギー検査
		補聴器相談
		ヘルストロン
いつから		
熱 は	ない ・ ある→ (度)	
他院で通院中 の病気は	ない ・ ある→ (病名:)	
右記の病気を したことは	ない ・ (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 糖尿病 ・ 緑内障)	
その他 過去の 大きな病気は	ない ・ ある→ (病名:)	
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	
薬で副作用の 経験は	ない ・ ある→ (薬名:)	
アレルギーは	ない ・ ある→ (原因:)	
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)	
女性のみ	現在妊娠は	していない ・ 可能性あり ・ している (現在: 週目 出産月: 月)
	現在授乳は	していない ・ している