

初診問診票

令和 年 月 日

フリガナ									
お名前	男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	才		
〒	ご住所								
自宅番号 (— —)			携帯番号 (— —)						

* 本日はどのような症状・ご希望で来院されましたか？ (いつから、どの部位が、どのように)

* 現在治療中の病気、過去の手術歴、大きな病気の治療歴があればご記載ください。

* 今飲んでいる薬があればご記入下さい。

お薬手帳やお薬の情報をお持ちの方は受付にご提示下さい。(ご提示いただいた方は記載不要です)

* 薬、食物アレルギーなどありますか？

ない ・ ある →ある方は、具体的に記入してください。(いつ、薬剤・食物、症状など)

* 薬や病院・歯科での麻酔の注射のあと具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい →具体的に記入してください。(いつ、薬の名前、症状など)

* たばこを吸いますか？ いいえ ・ はい (1日 本 喫煙歴 年)

* 女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (現在 週 日、出産予定日 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

* 15歳以下の方のみお答えください 身長 (cm) 体重 (kg)

* 当院をお知りになったきっかけは何ですか？ に印をつけてください。(複数選択可)

google、yahooなどの検索サイト (google map yahoo 地図)

知人、御家族、他クリニック、補聴器店からのご紹介
()

看板、店舗を見て

その他 ()

* ホームページに載せて欲しい情報はありますか ()