

問診表 medical questionnaire

フリガナ			
名前 Name	姓 Family Name	名 First Name	
生年月日 day of birth	yy/ mm/ dd/ (才years old) 男 M ▪ 女 F		
住所 Adress	〒 -	職業 occupation	
電話 phone	Tel ()		
携帯 mobile	- -		
本日の相談 What are your symptoms?	耳 ear problems ▪ 鼻 nose problems ▪ のどthroat problems その他 others (
薬のアレルギー Do you have any medication allergies?	なし No ▪ あり Yes (
今飲んでいる薬 Are you taking medication now?	なし No ▪ あり Yes (
現在治療中の病気 Are you currently undergoing treatment for any diseases?	高血圧 high blood pressure	糖尿病 diabetes mellitus	心臓 heart disease
	肝臓 liver (肝炎 hepatitis)	緑内障 glaucoma	腎臓 kidney disease
	前立腺 prostate		
	その他 others (
妊娠 Are you pregnant or is there a possibility?	いいえ No ▪ はい Yes	喫煙 Do you smoke?	いいえ No ▪ はい Yes

どこで当院をお知りになりましたか？ How did you know us?

	1 家族 from family
	2 近所 live in neighborhood
	3 知人の紹介で from friend
	4 バスのアナウンス広告で bus announcemet ads
	5 スマートフォン・インターネットの検索で internet search
	6 その他 others (