

問診表

フリガナ			
名前	姓 Family Name	名 First Name	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 (才) 男・女
住所	〒	職業	
電話	Tel ()		
携帯電話	-	-	
本日の相談	耳 ・ 鼻 ・ のど その他(
薬のアレルギー	なし ・ あり (
今飲んでいる薬	なし ・ あり (
現在治療している病気	高血圧 糖尿病 心臓 腎臓 肝臓 (肝 炎) 緑内障 前立腺 その他(
発熱 (37℃以上)	なし ・ あり	月 日 ~	月 日
妊娠 (女性のみ)	なし ・ あり	喫煙	なし ・ あり

どこで「むさしの耳鼻科矢野医院」をお知りになりましたか？

アンケート	1 家族がかかっている
	2 近所なので知っていた
	3 知人の紹介で
	4 バスのアナウンス広告で
	5 スマートフォン・インターネットの検索で
	6 その他(