

問診表

フリガナ			
名前	姓 <small>Family Name</small>	名 <small>First Name</small>	
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(
妊娠 <small>(女性のみ)</small>	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(