



本多耳鼻咽喉科事前問診票

名前

住所

電話()

生年月日 (T・S・H・R) ()年()月()日 (歳)

食べ物・薬・その他のアレルギー

☐なし ☐あり ()

お子様の場合、体重をご記入ください→()kg

女性の方妊娠中ですか(☐はい()ヶ月), ☐いいえ)

授乳中ですか (☐はい, ☐いいえ)

下記の病気がありましたらチェックしてください

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐喘息 ☐緑内障 ☐前立腺肥大

☐心臓病・不整脈 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐胃・十二指腸潰瘍

☐その他 ()

現在服用中のお薬があればご記入ください

今回の症状をご記入ください。

みみ ☐なし, ☐あり

はな ☐なし, ☐あり

のど ☐なし, ☐あり

めまい ☐なし, ☐あり

その他 ☐なし, ☐あり

治療に関する希望があればご記入ください。

当院を受診しようと思ったきっかけとして、
最も当てはまるものを1つチェックしてください

☐以前受診したことがある ☐家族・知人の紹介

☐近所・通りがかり ☐他の医療機関からの紹介

☐ネット検索 ☐Googleマップ ☐Instagram・SNS

☐その他 ()



当院のInstagramです
フォローお願いします!