

No. _____

問診表

日付 _____

ふりがな

名前： _____ 生年月日： T・S・H 年 月 日 (歳)

住所： 〒 _____

携帯電話番号： _____ 自宅電話番号： _____

ご職業： _____ 声を使うご趣味はありますか？ なし・あり(_____)

※声を使うお仕事の方は具体的にご記入お願いいたします(小学校教員、テレホンオペレーター、カフェ店員など)

来院のきっかけ： ネット検索・他院より紹介・知人・その他 (_____)

症状について

いつから、どのような症状で、どんな時にお困りですか？

現在、通院中のご病気・今までにかかった大きなご病気・受けられた手術はありますか？

今飲んでいる薬はありますか？ なし・あり(_____)

食べ物・薬のアレルギーはありますか？ なし・あり(_____)

嗜好： たばこ(_____ 歳 ~ _____ 歳 1日 _____ 本) お酒(種類： _____ 1日 _____ 杯)

※現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい(第 _____ 週)・いいえ・わからない

ご記入いただいた個人情報は、漏洩なきよう厳正に管理し、治療・診察に関わる際にのみ使用いたします。

新宿ボイスクリニック