

No. _____

問診表

日付 _____

ふりがな

名前： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所： 〒 _____

携帯電話番号： _____ 自宅電話番号： _____

緊急連絡先： _____ (ご関係: _____)

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

※声を使うご職業の方は具体的にご入力下さい(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 (_____)

症状についてご入力下さい。

いつからですか？ :
どのような症状ですか？ :
どんな時にお困りですか？ :

現在通院中のご病気をご入力下さい。過去に大きなご病気・手術を受けられた方もご入力下さい。

糖尿病 高血圧 脳梗塞 心臓病 喘息 特になし

その他…診療科、病名、手術歴などご入力下さい

(_____)

内服中・使用中的なお薬はありますか？ なし あり (_____)

※書ききれない場合は、受付へお薬手帳をご提出下さい。

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)

※過去に喫煙・飲酒歴がある場合もご入力ください

女性の方へ

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

現在、ピルを服用していますか？ はい (_____) ・ いいえ

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