

# 耳鼻咽喉科問診票

氏名： \_\_\_\_\_

①本日の症状はいつごろからはじまりましたか？

【     】 日前・【     】 週間前・【     】 ヶ月前・【     】 年前

②本日の症状の中で一番の症状はなんですか？

みみの症状・はなの症状・のどの症状・めまいの症状・その他の症状

③本日の症状をご記入ください。      お熱                  度    あり

[ \_\_\_\_\_ ]

④どうやって当院を知りましたか？

1. インターネット
2. 当院ホームページ
3. 看板広告をみて
4. 家族が通っている
5. 知人の紹介      (                                  様)
6. 他院からの紹介      (病院名：                                  )
7. 家(職場)から近い
8. その他(                                  )

書き終わりましたら受付までお持ちください。