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本日の症状の当てはまる所に○をして下さい

＊花粉症　（目のかゆみ/コンタクト使用）
＊鼻　鼻水（サラサラ.ドロドロ）/鼻つまり/くしゃみ/後鼻漏/鼻血
＊喉　痛み/　咳　/　たん　/　声枯れ　/　違和感　/骨が刺さった
＊耳　（両・右・左）が　痛み　/　かゆみ　/　耳だれ　/　耳垢
耳鳴り/　閉塞感　/　聞こえが悪い
＊めまい　（ぐるぐる・ふわふわ・その他）
＊頭痛
＊その他（　　）

③　お熱　　度　　/平熱　　度

④どうやって当院を知りましたか？

（　）があるものは該当するものに○をしてください。

1. インターネット（当院ホームページ・グーグル・ヤフー・病院検索サイト）
2. 看板広告（クリニック看板・駅構内看板・バス音声・電柱・駅前地図）
3. 知人の紹介　（　　様）
4. 家族がかかっている（　　様）
5. 他院からの紹介　（病院名：　　）
6. 役所・保健所からの紹介
7. 家（職場）から近い
8. チラシ（新聞折込）

ご協力ありがとうございます。受付までお持ちください。