

問 診 票

フリガナ	
氏名	

生年月日	明 大 昭 平	年	月	日 (歳)	性別	男 ・ 女
------	---------	---	---	---------	----	-------

住所

電話		FAX	
----	--	-----	--

どこの具合が悪いですか？

耳 ・ 鼻 ・ のど ・ その他()

いつから、どのような症状ですか？

[]

薬で副作用を経験したことがありますか？(じんま疹、吐き気等)

薬の名前 () 症 状 ()

現在通院中の病院はありますか？

な い
あ る

(病院名

病名

飲んでる薬はありますか？ (お薬手帳等があれば、コピーでもかまいません)

[]

記入後、保険証と一緒にFAXをお願いします。

新川耳鼻咽喉科

FAX 011-763-4187