万々クリニック　おたずね　　FAX 088 - 855 - 6633

日付　　月　　日

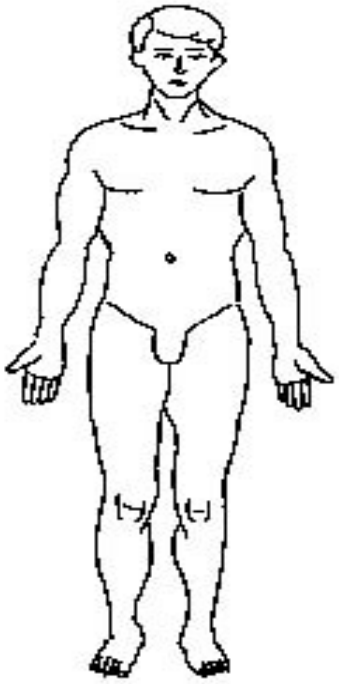
フリガナ

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　ご年齢＿＿＿

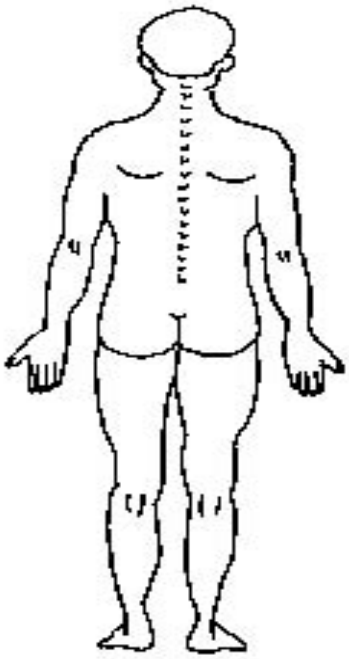
ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話＿＿＿＿＿＿携帯＿＿＿＿＿＿　T.S.H　年　月　日

1,具合の悪い場所に　○　をおつけ下さい。



右　　左



左　　右

2,いつごろから、どうされましたか。

3,現在治療中（薬を飲んでいるなど）の病気がありますか。

ない　　ある（　　）

4,薬によるアレルギーが出たことがありますか。

ない　　ある（　　）

5,当クリニックをどのようにお知りになりましたか。

紹介（　　）様から　・　道路看板　・　ホームページ（ネット）

「通りすがり　・　うわさを聞いた　・　タウンページ　・　その他（　　）

FAX 088 - 855 - 6633