

お久しぶりの方・いつもと違う症状の方

年 月 日

ふ り が な	
氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (才)

☆初めての方、変更のある方のご記入をお願いします。

住 所 〒	
T E L	[自宅] [携帯]

①いつ頃から、どのような症状でしたか？ (体温) _____ °C

いつ頃から：

どのような症状ですか？：

②今回の症状で他院へ受診しましたか？ (はい ・ いいえ)

『はい』の方…病名() 病院・医院名()

③女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？(はい ・ いいえ ・ 可能性あり)

授乳中ですか？(はい ・ いいえ)

↑はいの方は出産予定日をご記入ください。(年 月 日)

【アンケートにご協力下さい。】

こちらのクリニックをどのように知りましたか？(当てはまるもの全てに○を付けてください。)

看板を見た ・ ホームページを見た ・ 知り合いからの紹介

その他() ご回答ありがとうございました。

すこやかファミリークリニック