

## 初めて診察を受ける方へ

ふりがな  
お名前： 様

生年月日：M.T.S.H 年 月 日（ 歳）

ご住所：〒 —

ご連絡先：①（ ） —  
②（ ） —

1. どのようなこと（症状）でお困りですか？

2. それは、いつからですか？

3. 当クリニックをどのようにして知りましたか？  
○印をお付けください。

他院の紹介、知人の紹介、<sup>タウンページ</sup>電話帳、広告、ホームページ

その他（ ）