

水ぼうそう、はしか（発疹と発熱）、おたふくかぜ、インフルエンザなどの疑いがある方は受付までお申し出ください。

ふりがな

氏名 _____ さま 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg

住所 〒 _____

TEL _____ (_____)

*インターネット予約で入力したTEL番号

いつから どのような症状ですか？

今日の体温 _____ °C

月 日～	症状	詳しくいうと
<input type="checkbox"/>	(ア) 発熱	
<input type="checkbox"/>	(イ) 頭痛	
<input type="checkbox"/>	(ウ) 咳	
<input type="checkbox"/>	(エ) ゼーゼーする	
<input type="checkbox"/>	(オ) 息苦しい	
<input type="checkbox"/>	(カ) 喉が痛い	
<input type="checkbox"/>	(キ) 鼻水	
<input type="checkbox"/>	(ク) 鼻づまり	
<input type="checkbox"/>	(ケ) 腹痛	
<input type="checkbox"/>	(コ) 嘔気・嘔吐	
<input type="checkbox"/>	(サ) 下痢	
<input type="checkbox"/>	(シ) 便秘	
<input type="checkbox"/>	(ス) 発疹	
<input type="checkbox"/>	(セ) 元気がない	
<input type="checkbox"/>	(ソ) 機嫌が悪い	
<input type="checkbox"/>	(タ) 水分が取れない	
<input type="checkbox"/>	(チ) その他	

治療中の病気・内服中のくすり、アレルギー、家族の病気はありますか？

- ① 治療中の病気
- ② 内服中のくすり
- ③ アレルギー
- ④ 家族の病気

アンケートにご協力ください

当クリニックを何でお知りになりましたか？

- ① インターネット
- ② チラシなどの紙媒体
- ③ 西松屋近くの看板
- ④ 通りすがりに
- ⑤ ご友人・お知り合いから *差し支えが無ければご紹介頂いた方のお名前をお教えてください
(_____)

今後、当クリニックに希望される治療、設備、アメニティーなどがございましたらご記入ください
(_____)