

初診申込書

No. _____

ふりがな 氏名	(男 ・ 女)
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳
住所	〒 _____
電話番号	() ー
体温	°C
コロナワクチンの接種歴	
現在、通院中（治療中）の 病気があれば 教えてください。	
備考	