

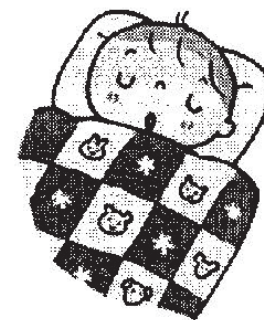
再診票

フリガナ
氏名

性別 男・女 生年月日 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

体重 _____ kg

前回受診後の症状についてお書きください



※体温表をお持ちの方は一緒に受付に提示してください。