

相談票

お名前	(男性 ・ 女性)
生年月日	(歳)
お電話番号	(携帯電話)
	(ご都合の良い時間帯 : ~)
メールアドレス	
ご 相 談 内 容	
1、 <u>傷病名</u>	
2、 <u>いつ頃から</u>	
3、 <u>病院に行った理由</u>	
4、 <u>初めて受診した時の様子</u>	
5、 <u>現在の様子</u>	
6、 <u>その他気になる事</u>	