

お名前 ()様 今の体温()℃ 数日前からの発熱(有・無)

お急ぎですか いいえ はい 時 分までに(絶対・できれば)クリニックを出たい

次回診察の希望は 第1希望(月 日)午前・午後 第2希望(月 日)午前・午後…必ずお書き下さい

薬の飲み忘れ 無 / 有 ご自身で裏にリストアップして下さい

他施設の検査結果 無 / 有 スタッフにお渡し下さい

発熱・頭痛・咽痛・味覚異常 無 / 有 来院前に電話で相談してください 0985-82-8000

ご質問・ご相談・質問・ご希望をまとめてお書き下さい。書き切れないときは裏面でも可能

1

2

《治療の希望等》

検査・治療の希望 年齢(肺・血管・骨) 癌マーカー 冷えチェック カウンセリング

アンチエイジング プラセンタ エクエル レスベラトロール 目と脳のサプリ

疲労倦怠 マルチビタミン コエンザイム Q10 ビタミン点滴

子室外来 ヘム鉄 葉酸 ビタミン C マルチビタミン

診断書・書類 診断書 就労時健診 ビタミン D(新型コロナ対策)