伊藤内科　感冒症状のある初診者問診票

・氏名：

・住所：

・生年月日：

・(携帯)電話番号：

・アレルギーの有無・内容：

・当院の受診歴：

・海外への渡航・滞在歴：

・ライブハウス、スポーツジム、

コンサート等に行った事の有無：

・発熱(発症からの日数、℃数)：

・症状(せき、ノドの痛み、鼻水、腹痛etc...、発症からの日数)：