※個人情報に関わるものなので、封筒に入れてご持参いただき、受付にて「ホームページを見てきました」とお伝えください。

●オンライン問診票●　　やましたクリニック

＊＊　その他受付で伝えにくい病気でお悩みの方　＊＊

名前:　　年齢:　　歳　生年月日:　　年　　月　　日生まれ

住所:　〒　　電話番号:（　　）　　ー

■あてはまる項目にチェックを入れてください。また、必要事項にご記入をお願いします。

□ 包茎の相談

□ パイプカットの相談

□ その他 （具体的にお書き下さい）