

FAX診療予約票 (FAX番号：0773-62-0372)

お子さんのお名前：	
お子さんの性別：	男児 ・ 女児
お子さんの年齢（生年月日）：	歳 月 日 (平成・令和 年 月 日生まれ)
現在の身長：	cm (月測定)
現在の体重：	kg (月測定)
ご住所：	
電話番号：	
相談者お名前：	
返信先FAX番号：	