

# 相 談 カ ー ド

氏名	住所
生年月日 <small>M・T S・H</small> 年 月 日生	
お悩みの症状（できるだけ詳しくご記入下さい）	
現在服用の薬（病院・市販どちらも）	
ご希望の連絡先（ で囲んでください）	1.自 宅（ - - ） 2.携帯電話（ - - ） 3.勤 務 先（ - - ）
上記の連絡可能な時間帯	: ~ :
備考	