

PATIENT LABEL

**REPEATING IDENTICAL VISITS CONTINUATION SHEET
FOR
OFFICE-BASED PROVIDERS FOR REFERENCE YEAR 2005**

B6c. Please tell me the dates of those other visits.

MO/DAY/YR

MO/DAY/YR

MO/DAY/YR

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

___/___/20___

OFFICE
USE ONLY