

【診察問診票】

受診日 月 日

年齢 歳 ヶ月

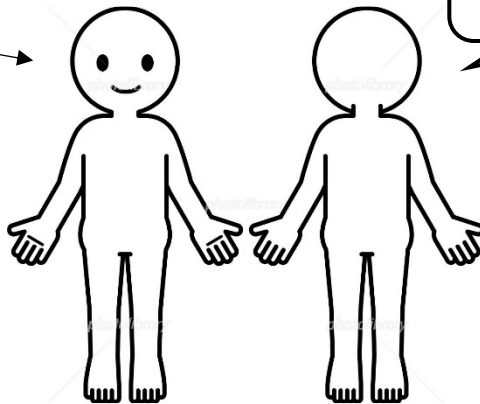
お名前 (男・女)

体重 kg

今日はどうされましたか？□にチェックをしてください。

- 便秘 (最終排便 /)
- ぜんそく・アレルギー
- おへそ
- 肌

症状のある部分を○で
囲んでください



- その他 ()

お薬手帳があれば
お出してください

診察までは飲食
せずにお待ちください

