

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

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



症状のある部分を○で
囲んでください

