

たていし小児科 問診票[再診]

No _____

よみがな 名前	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		歳	ヵ月 (男・女)	体重	kg				

体温 _____ 度



本日はどうされましたか



その他 何か気になることがあればご記入ください。

ありがとうございました。

月 日 時 分