

# 問診票

フリガナ  
お名前[ ] (男・女)

生年月日 大・昭・平 [ ]年[ ]月[ ]日

年齢[ ]才

※16歳以下のお子様：体重[ ]kg

※小学生以下のお子様

[ ]幼稚園/保育園、[ ]小学校

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

[ ]定期的に受診している件

[ ]その他（いつから、どのような症状がありますか？）

2. その他ご自由にお書き下さい。