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？
　　経過をお書きください

２．その他ご自由にお書き下さい。