

再診時間診票

しだ小児科クリニック



ふりがな

お名前 (_____) 性別 男・女

年齢 (_____) 歳

体温 (_____) °C 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

☆今日はどうされましたか？

(いつから、どんな症状か？ ●●を希望、相談したい など)

☆鼻吸いを希望されますか？ (はい・いいえ)

☆お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)

☆解熱剤は (要・不要) ・ (坐薬・飲み薬)



ご協力ありがとうございました。