

お名前 _____ さん

おひさまクリニック 

	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
40.0												
39.0												
38.0												
37.0												
36.0												
解熱剤												
元 気												
水 分												
気になる事												

*次回受診時に必ずお持ちください。

記入例

右の図のように線で結んで下さい。

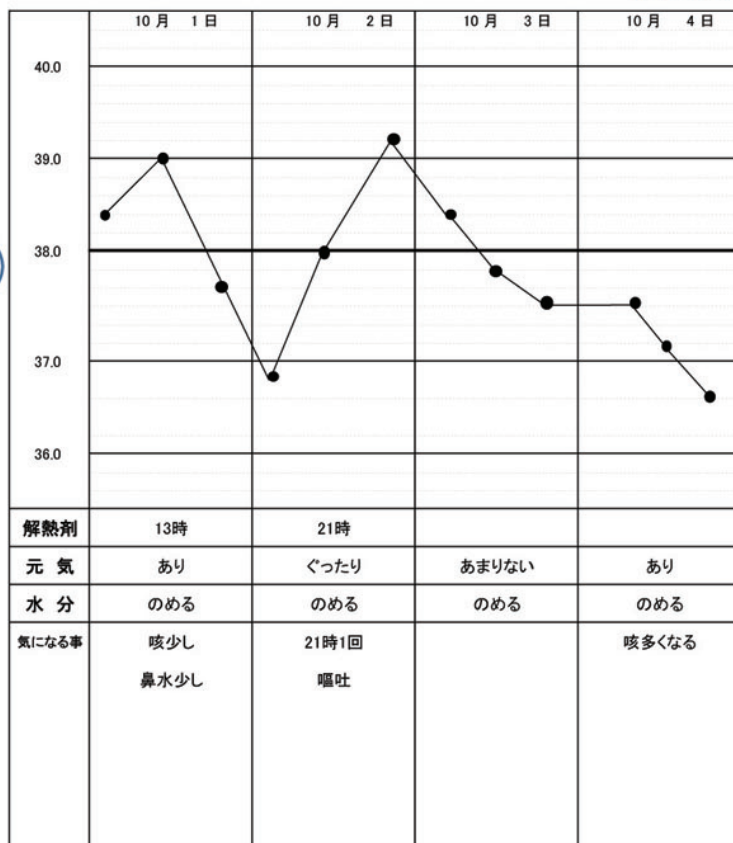
ご家族2人以上で記入される場合は
色違いでご記入下さい。

次回診察時に問診票に
付けてお出し下さい。

お大事になさってください 



院長/須貝



問診はWeb問診をご利用ください

おひさまクリニック