

クリニック記入欄

受付番号

名前

体重

kg

お薬の希望

粉

シロップ

錠剤

今日はどのような症状で来院されましたか？ ○をつけてくだ

発熱

日

時から

最高体温

℃

咳

日から

鼻

日から

痛み

日から

痛い場所_____

下痢

日から

回数

1日

回

嘔吐

日

時から

回数

1日



かじわら田奈駅前こどもクリニック