

婦人科 カルテ番号：

| | |
|--|--|
| お名前 | 本日の症状 <input type="checkbox"/> ある(具体的に) <input type="checkbox"/> ない |
| <p>本日の診療医師について ご希望の欄に✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 待ち時間が長くなる場合には、他の医師の診察でも良い。</p> <p><input type="checkbox"/> 予約した医師の診察を希望。</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 薬(ピル ・ その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル</p> <p>最終月経：20 年 月 日～ 日間</p> |