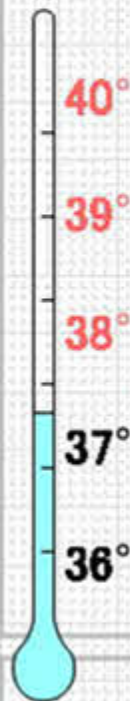


お名前

大坪こどもクリニック

体温	月 日			日()			日()			日()			日()			日()		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜



メモ