**東村山こどもクリニック　問診票（初診用）**　　　　　初診日：20　 　年　 　月　　 日（　 　）

氏名：　　　　　　　　　　　　　　 　ふりがな：

生年月日：20 年　 　月　　 日（　 　歳）

住所：東村山市

電話：①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②

通園（通学）先：

既往歴（生まれつきの病気、今までにかかった大きな病気、けいれん、治療中の病気、入院・手術歴）

お薬・食べ物のアレルギー：なし ・ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

来院理由：診察 ・ 予防接種 ・ 健診 ・ その他（　　　　　　　　 　　）

主訴（いちばん困っていること）

時間があれば、以下のアンケートにご協力ください。

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

② 当院までの交通手段を教えてください。

③ その他、ご質問、ご要望がございましたらお聞かせください。

ありがとうございました。