

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。