初診用問診票　記入日　　年　　月　　日

Ritto
YOSHIOKA
Children's Clinic

名前（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女

生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日

出生体重　　g（２歳未満の方のみ記載をお願いします）

（住所はご家族の当院受診歴がある方は記入不要です）
住所（住民登録地）〒　　－

電話番号：①　　－　　－　　続柄（　）
②　　－　　－　　続柄（　）

保護者氏名　　続柄（　）　　続柄（　）

☆アレルギーがありますか　　なし　　あり
（薬：　　食物：　　その他：　　）

☆今までにかかった主な病気（治療中も含めて）に〇をつけて下さい
けいれん（熱あり・熱なし）　川崎病　気管支ぜんそく　アトピー性皮膚炎
麻疹（はしか）　おたふくかぜ　水痘（みずぼうそう）
手術歴　なし　あり（　　）
その他（　　）

☆予防接種歴については母子手帳で確認しますので、ご提出ください
（スケジューリング、ご予約なども随時可能ですのでご相談ください）

☆医師、スタッフへ伝えておきたいことがあればご記入下さい

☆当院をどこでお知りになりましたか？当てはまるものに〇をつけて下さい。（複数可）
・近隣に住んでいて医院の建物で知った　・立て看板で知った
・知り合いに教えてもらった　・きょうだいが受診したことがある
・他の小児科医に教えてもらった
・インターネット（病院ホームページ）　・インターネット（院長ブログ）
・インターネット（インスタグラム）
・その他（　　）