

# はじめてフジタコドモクリニックを受診される方へ

お名前 (ひらがなで)

生年月日

男・女

20 / /

住所 〒

連絡先

横浜市 磯子・ 区

きょうだいはいますか？

いいえ・はい ( 人きょうだいの 番目 )

保育園・幼稚園に通っていますか？

( 保育園・幼稚園 ) ・ 通っていない

ご家族で、慢性的な病気を持っている方はいらっしゃいますか？

いいえ・はい ( )

薬や食べ物で、アレルギー症状（発疹がでたり、体調を崩したこと）はありますか？

いいえ・はい ( )

以下の病気にかかったことはありますか？

- みずぼうそう  おたふくかぜ  はしか  風疹  百日咳  溶連菌感染症  
 中耳炎  副鼻腔炎  肺炎  尿路感染症  新型コロナウイルス感染症( 年 月)  
 アレルギー性鼻炎  喘息  アトピー性皮膚炎  川崎病  
 けいれん(熱性・無熱性)  てんかん  脳炎・脳症  髄膜炎・敗血症  
 先天性心疾患・不整脈( )  腎疾患( )  肝疾患( )  
 その他( )

産まれたときの状態をお聞かせください

妊娠期間 ( 週 日) 出生体重 ( g)

帝王切開  吸引・かんし分娩  ふたご

妊娠中および出生時、出生後の異常は？ なし・あり ( )

これまでの乳幼児健診で、何か指摘されたことはありますか？

いいえ・はい ( )

これまで接種したワクチンにチェックをつけ、回数を記載してください

- ヒブ( 回)  小児用肺炎球菌( 回)  B型肝炎( 回)  五種混合( 回)  
 四種混合( 回)  BCG  麻しん/風しん( 回)  みずぼうそう( 回)  
 日本脳炎( 回)  二種混合  子宮頸がん( 回)  ロタ(ロタックス/ロタック 回)  
 おたふくかぜ( 回)  インフルエンザ(最終接種： 年 月)  
 三種混合( 回)  ポリオ(注射 回, 経口 回)

クリニックからのお知らせ (休診のお知らせなど) を

メールで受け取りたい方は、ご記入をお願いします

※メルマガではありません

E-mail

@

Instagramでも同様の情報を提供します

当院を受診しようと思ったきっかけは (複数選択可)

- 近所・交通の便がよい  診療時間  
 予約システム  感染対策 (個室対応)  
 口コミ・知人からの紹介  
 その他 ( )