

はじめてフジタコー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 ☐ 髄膜炎・敗血症
☐ 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
☐ 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

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

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

フジタコードモクリニックを知ったきっかけは？

- ☐ インターネット ☐ 知人からの紹介
☐ 内覧会 ☐ ポスティングなどのチラシ類
☐ SNS ☐ その他（ ）