

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 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

- ヒブ(回) 小児用肺炎球菌(回) B型肝炎(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/ロタテック 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

クリニックへのアクセスは？

- 徒歩 自転車 車・バイク
 電車 バス タクシー

所要時間 (分)