

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 ☐ 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）
☐ 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

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（ ）