

熊沢医院

問診票（小児用）

お名前	体重 k g	出生時体重 g
集団生活の経験は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	園名・学校名	
現在の症状		

該当する欄にチェックをつけて、必要な事柄を記入してください。

①大きな病気（手術・入院など）をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	↓ “ある” にチェックを入れた方 ↓ 病名・時期
②かかったことのある病気にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> コロナ	
③食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	④便通はありますか？ 日 回
⑤ひきつけ（けいれん）はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑥ご兄弟はいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 人： <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹
⑦薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	↓ “ある” にチェックを入れた方 ↓ 具体的に
⑨今までに受けた予防接種にチェックをつけ、わかれば回数も記入してください。 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 ___回 <input type="checkbox"/> 4種混合 ___回 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ___回 <input type="checkbox"/> ヒブ ___回 <input type="checkbox"/> 水痘 ___回 <input type="checkbox"/> B型肝炎 ___回 <input type="checkbox"/> おたふく ___回 <input type="checkbox"/> ロタ ___回 <input type="checkbox"/> BCG ___回 <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 ___回 <input type="checkbox"/> コロナ ___回	
⑩飲める薬の種類は？ 好む：◎ 飲める：○ 飲めない：× 粉薬___ シロップ___ 錠剤___ カプセル___	
⑪希望される解熱剤は？ <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤	
その他何かあればお書きください。	

こちらの質問にもお答えください。

当院はオンライン資格確認を行う体制を有しています。 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
