

< 小 児 科 問 診 票 > (medical questionnaire)

(フガナ) Name 氏 名				Sex 性別	M ・ F 男 ・ 女
	Date of Birth 生年月日	Day(日) / Month (月) / Year(年)	Age 年 齢	歳 year ヶ月 month	
Adress 住 所			Phone 電 話		
Present weight 体 重	Kg ☆お薬の量を決めるのに必要です。			Fever 熱	℃

Q. 今日とはどんな症状で来院されましたか？(What kind of symptoms does your child have?)

- 発熱 (fever) ・ 咳(cough) ・ 鼻水(nasal mucus) ・ 頭痛(headache) ・
- のどの痛み(sore throat) ・ 腹痛(stomachache) ・ 下痢(diarrhea) ・ 吐き気(nausea) ・
- 悪寒(chill) ・ 発疹(rash)
- その他(other) (具体的に concretely : _____)

Q その症状はいつごろからですか？(How long has your child had these symptoms?)

Q. 妊娠分娩歴(お子様を妊娠中、分娩の時のことについてお伺いします。)

(History of your pregnancy and childbirth)

在胎週数(gestation period) 【 _____ 】 週(weeks)

または、予定日より 【 _____ 日 / 早い ・ 遅い 】

(or compared with your due date 【 _____ 日(days) / 早い(earlier) ・ 遅い(later) 】

出生体重(birth weight) 【 _____ 】 g

お産方法(childbirth)

【 正常分娩(normal) ・ 帝王切開(caesarean section) ・ 骨盤位(逆子)(breech birth) 】

生後すぐに泣きましたか？ (Did your baby cry as soon as it was born?)

【 はい(yes) ・ いいえ(no) 】

黄疸は (Was jaundice seen in your baby?)

【 普通(normal) ・ 強い(strong) 】

⇒ 光線療法を(Did your baby get light therapy (bili light)?)

… 受けた(yes) ・ 受けない(no) 】

Q. 成長発達歴(history of your child' s growth)

乳幼児健診などで異常を指摘されたことはありますか？

(Was your child pointed out at babies and infants health checkup that it has something wrong in its growth?)

いいえ(no)

は い(yes) (what was it?)

→

Q.既往歴(medical history)

今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

(Please check off diseases your child has ever gotten)

突発性発疹(sudden rash)、熱性けいれん(febrile convulsion)、中耳炎(otitis media)、
おたふくかぜ(mumps)、水ぼうそう(chicken pox)、
肺炎/気管支炎(pneumonia/bronchitis)、
気管支ぜんそく(胸がゼイゼイした)(bronchial asthma)(having a wheezy lung)、
RS ウイルス(RS virus)、クループ(croup)、川崎病(Kawasaki disease)、
アトピー性皮膚炎(atopic dermatitis)、アセト血性嘔吐症(自家中毒)(acetonemic vomiting)、
結核(tuberculosis/TB)、先天性心疾患(congenital heart disease)、
その他(other) 【

】

Q.アレルギー歴(Does your child have any allergies? <foods or medication)

(お薬や食べ物などで発疹が出たり、調子が悪くなったことはありますか?)

いいえ(no)

はい(yes)

→どのような物でしたか? (What is this?)

Q.家族歴(お子様のご家族にアレルギーや持病、遺伝性疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか?)

Do your family members have any allergies or hereditary diseases?

いいえ(no)

はい(yes)

→どなたが?どのようなものですか? (who? and what?)

Q. 渡航歴 (過去1か月に海外へ行きましたか?)

(Did you go abroad in the past one month?)

いいえ(no)

はい(yes) (国名は?) (which country?)

Q.予防接種(vaccinations)

受けたものを○で囲み、受けた回数を記入してください。

(Please check vaccinations which your child got and write the number of times it got)

BCG、 ヒブ(Haemophilus influenzae type B) 【 回(times)】、

小児用肺炎球菌(Pediatric pneumococcal) 【 回(times)】、

ロタ(ロタテック/ロタリックス)(rotavirus) 【 回(times)】、

三種DPT(四種DPT-IPV)混合【1期(first period) 回(times)】、

DT二期(second period)、

ポリオ(polio)【経口(oral) 回(times)、注射(injection) 回(times)】、

★DTP= diphtheria pertussis tetanus vaccine ★IPV=polio

MR(麻疹風疹混合)(Measles Rubella)【1期(1st period)・2期(2nd period)】、

B型肝炎(hepatitis B)【 回(times)】、日本脳炎(Japanese encephalitis)【 回(times)】

おたふくかぜ(mumps)【 回(times)】、水ぼうそう(chicken pox)【 回(times)】、

その他(other) 【

】

☆お薬手帳はお使いですか?【はい・いいえ】

Does your child have medicine notebook?【yes・no】