

# PEDIATRICS

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

English  
英語

Check  all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year ねん month がつ day ち

Child's name 子どもの名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年 _____ month 月 _____ day 日	Age 年齢	_____ years-old 才
Address 住所		Phone 電話	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		
Nationality 国籍		Language 言葉	

What are your symptoms?(your child) どうしましたか

fever( °C) 熱がある     sore throat のどが痛い     cough せき     spasm ひきつけをおこす  
 moody/inactive 元気がない     irritable 機嫌が悪い     swelling むくみ     headache 頭が痛い  
 abdominal pain お腹が痛い     chest pain 胸が痛い     rash 発しん     stomachache 胃が痛い  
 vomiting 嘔吐     loss of appetite(low milk intake) 食欲がない     nausea 吐き気  
 insufficient weight gain 体重の増加不良     diarrhea 下痢     bloody stool 血便  
 others その他

How long have you had these problems? それはいつからですか Since \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい →  medication 薬     egg 卵     milk 牛乳     others food その他の食べ物     others その他     No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください     No いいえ

What kind of internal medicine can you (he. she) take? どんな種類の薬が飲めますか

syrup シロップ     powder 粉薬     tablet or capsule 錠剤またはカプセル

How was the delivery? 出産の時のようす

baby's weight \_\_\_\_\_ g 赤ちゃんの体重    mother's age \_\_\_\_\_ 母親の年齢  
 normal delivery 正常分娩     abnormal delivery 異常分娩     Caesarean section 帝王切開

vaccination(history) 接種済み予防接種

Hib(Haemophilus influenzae type b) ヒブ     Pneumococcus 肺炎球菌     polio ポリオ  
 DPT(triple combined vaccine) 三種混合     DPT-IPV (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Inactivated Poliovirus Vaccine) 四種混合     BCG BCG  
 Measles-Rubella Vaccine(MR) 麻疹・風しん混合     chicken pox 水ぼうそう     mumps おたふく風邪  
 Japanese Encephalitis 日本脳炎     Rotavirus ロタウィルス     others その他

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

rubella 風しん     chicken pox 水ぼうそう     measles 麻疹     asthma ぜんそく  
 mumps おたふく風邪     whooping cough 百日ぜき     appendicitis 虫垂炎     MCLS(Kawasaki disease) 川崎病  
 exanthema subitum 突発性発しん     Japanese Encephalitis 日本脳炎     seizures 熱性けいれん  
 others その他

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか  Yes はい  No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか  Yes はい  No いいえ

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか  Yes はい  No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Yes はい     No いいえ