

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