

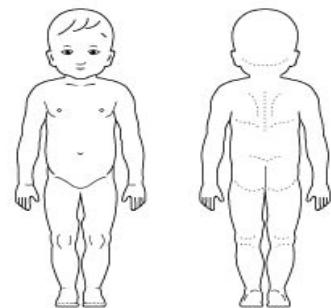
## 小儿科 问诊表/小兒科 問診票

患者姓名 /患者氏名		医疗机构填写处 /医療機関記入欄			BT=	℃
出生年月日 (公历) /生年月日 (西暦)		年/年	月/月	日/日	PR=	/分
		( 岁/歳)			BP=	mmHg
身高、体重 / 身長・体重		厘米/cm		公斤/kg	RR=	/分
有无过敏 /アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 食物/食べ物 : <input type="checkbox"/> 药/薬 :			SPO2=	%

※携带母子健康手册、用药手册的患者, 请准备好  
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

今天有什么症状? (如果有多项的相关症状, 请全部划勾。)  
/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数□してください。)

- |   |  |   |   |                                     |
|---|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 热/熱                | <input type="checkbox"/> 疼痛/痛み   | <input type="checkbox"/> 咳嗽/咳           | <input type="checkbox"/> 鼻涕/鼻汁          | 请在出现症状的部位上划圈。<br>/症状のある部分に○を付けて下さい。 |
| <input type="checkbox"/> 鼻塞/鼻づまり            | <input type="checkbox"/> 呕吐/嘔吐   | <input type="checkbox"/> 腹泻/下痢          | <input type="checkbox"/> 恶心/吐き気         |                                     |
| <input type="checkbox"/> 便血/血便              | <input type="checkbox"/> 尊麻疹或风疹<br>/じんましん                                | <input type="checkbox"/> 湿疹/湿疹          | <input type="checkbox"/> 紫斑/あざ          |                                     |
| <input type="checkbox"/> 肿物或疙瘩/できもの         | <input type="checkbox"/> 发疹 /発疹  | <input type="checkbox"/> 皮肤干燥/皮膚の乾燥     | <input type="checkbox"/> 特异性皮炎<br>/アトピー |                                     |
| <input type="checkbox"/> 不喝奶/ミルクを飲まない       | <input type="checkbox"/> 情绪低落/機嫌がわるい                                     | <input type="checkbox"/> 没有食欲<br>/食欲がない | <input type="checkbox"/> 耳朵疼/耳痛         |                                     |
| <input type="checkbox"/> 痰挛 /けいれん           | <input type="checkbox"/> 神志不清/意識がなくなる                                    | <input type="checkbox"/> 成长咨询/発達相談      | <input type="checkbox"/> 育儿咨询<br>/育児相談  |                                     |
| <input type="checkbox"/> 过敏症咨询<br>/アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> 其他医疗机构建议就诊 (包括体检)<br>/他の医療機関 (健診施設含む) で受診を勧められた |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 疫苗接种<br>/ワクチン接種    | <input type="checkbox"/> 其他/その他 :  |   |   |                                     |



\*在“体检时被建议就诊”上划勾的患者, 请在相关的项目上划勾。  
/「他の医療機関 (健診施設含む) で受診を勧められた」に□された方は、当てはまるものを□してください。

- |                                      |                                   |  |  |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 心电图异常/心電図異常 | <input type="checkbox"/> 身材矮小/低身長 | <input type="checkbox"/> 体重增加缓慢<br>/体重增加不良 | <input type="checkbox"/> 尿检查异常<br>/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> 语言发育迟缓<br>/言葉のおくれ |
| □ 其他/その他 :                           |                                   |  |  |  |

学校、托儿所、家庭里是否有流行的疾病?  
/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。

- |   |  |  |   |   |                                    |  |
|---|--|--|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 否/いいえ              | <input type="checkbox"/> 是/はい              | →在“是”上划勾的患者, 请在相关的流行疾病上划勾。<br>/「あり」に□された方は、どの病気が流行っているか、□してください。 |   |   |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 水痘<br>/みずぼうそう      | <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎<br>/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 溶血性链球菌感染症<br>/溶連菌感染症                    | <input type="checkbox"/> 腺病毒感染/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> 传染性红斑<br>/りんご病 | <input type="checkbox"/> 手足口病/手足口病 |  |
| <input type="checkbox"/> 疱疹性咽峡炎<br>/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 流行性感冒<br>/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 传染性肠胃炎<br>/感染性胃腸炎                       | <input type="checkbox"/> 其他/その他 :         |   |                                    |  |

该症状是从什么时候开始的?  
/この症状はいつからありますか。

从 \_\_\_\_\_ 年/年 \_\_\_\_\_ 月/月 \_\_\_\_\_ 日/日 上午/午前、下午/午後 \_\_\_\_\_ 点/時 \_\_\_\_\_ 分左右开始/分ごろから

目前是否有在服用的药物? \*包括维生素、营养剂和保健品。  
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

- |                                |                               |   |
|--------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 否/いいえ | <input type="checkbox"/> 是/はい | *携带药物或“用药手册”的患者, 请出示<br>/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。 |
|--------------------------------|-------------------------------|---|

	药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方		药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

请填写出生时的信息 \*携带母子健康手册的患者, 请把手册提交给工作人员。

/生まれた時のこととを、お書きください。※母子健康手帳をお持ちの方は、手帳をスタッフに渡してください。

分娩时是否有异常?

/分娩時に異常がありましたか。

否/いいえ  是/はい  不知道/わからない

→在“是”上划勾的患者, 请填写分娩时的异

/「はい」に□された方は、どのような異常があったか書いてください。

胎儿臀位/骨盤位

脐带缠绕/脐带卷结

剖腹产/帝王切开

新生儿窒息/新生儿假死

## 出生时/出生時

出生时的周数  
/出生時週数 : \_\_\_\_\_周/週 \_\_\_\_\_日/日 体重/体重 : \_\_\_\_\_克/g

身高/身長 : \_\_\_\_\_厘米/cm 头围/頭囲 : \_\_\_\_\_厘米/cm 胸围/胸囲 : \_\_\_\_\_厘米/cm

在本院就诊以前, 是否已在其他医院就诊?

/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

否/いいえ  是/はい →在“是”上划勾的患者, 请填写接受治疗的医疗机构的名称。  
/「はい」に□した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	就诊日 /受診日	医疗机构名称 /医療機関名	有无处方 /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 无/なし
②			<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 无/なし

如有, 请填写目前正在治疗中或者以前曾经治疗过的疾病。

/現在治療中、または過去の病気があればお書きください。

否/いいえ  是/はい →在“是”上划勾的患者, 请填写接受治疗的医疗机构的名称。  
/「はい」に□した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

	疾病名称 /疾患名	治疗经过 /治療経過	医疗机构名称 /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断	<input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療
②		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断	<input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療

请填写现在的饮食的情况。

/現在の食事の形態を教えてください。

<input type="checkbox"/> 母乳喂养/哺乳	<input type="checkbox"/> 母乳营养/母乳栄養	<input type="checkbox"/> 混合营养/混合栄養	<input type="checkbox"/> 人工营养/人工栄養
	毫升/天 / ml/日	次/天 / 回/日	
<input type="checkbox"/> 断奶食品/離乳食	<input type="checkbox"/> 初期/初期	<input type="checkbox"/> 中期/中期	<input type="checkbox"/> 后期/後期
*饮食次数/食事回数	<input type="checkbox"/> 1次/1回	<input type="checkbox"/> 2次/2回	<input type="checkbox"/> 3次/3回
	毫升/天 / ml/日	次/天 / 回/日	
<input type="checkbox"/> 固体食物/固形食			
*饮食次数/食事回数	<input type="checkbox"/> 1次/1回	<input type="checkbox"/> 2次/2回	<input type="checkbox"/> 3次/3回

请在下面填写疫苗接种史。携带母子手册、疫苗接种手册的患者, 请出示给工作人员。

/ワクチン接種歴を下記に書いてください。母子手帳、ワクチン手帳をお持ちの方は、スタッフに見せてください。

<input type="checkbox"/> Hib/Hib	_____次/回	<input type="checkbox"/> 轮状/ロタ	_____次/回	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌/肺炎球菌	_____次/回
<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎/おたふくかぜ	_____次/回	<input type="checkbox"/> 种混合 (DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV)	_____次/回	<input type="checkbox"/> 3种混合 (DPT) /3種混合(DPT)	_____次/回
<input type="checkbox"/> 乙型肝炎/B型肝炎	_____次/回	<input type="checkbox"/> 口服脊髓灰质炎疫苗、口服小儿麻痹疫苗/経ロボリオ	_____次/回	<input type="checkbox"/> BCG /BCG	_____次/回
<input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎灭活疫苗/不活化ボリオ	_____次/回	<input type="checkbox"/> MR vaccine/MR	_____次/回	<input type="checkbox"/> 甲型肝炎/A型肝炎	_____次/回
<input type="checkbox"/> 水痘/水痘	_____次/回	<input type="checkbox"/> 麻疹/麻疹	_____次/回	<input type="checkbox"/> 日本脑炎/日本脳炎	_____次/回
<input type="checkbox"/> 风疹/風疹	_____次/回	<input type="checkbox"/> MMR/MMR	_____次/回	<input type="checkbox"/> 其他的疫苗 /その他のワクチン :	_____次/回

如在就诊时有以下的要求, 请划勾。

/診察でのご希望がある場合は、□をしてください。

请事先告诉医疗费的大概金额 /あらかじめ、医療費の概算を教えてほしい。

如有翻译时, 请派翻译/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

其他/その他 :