

Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

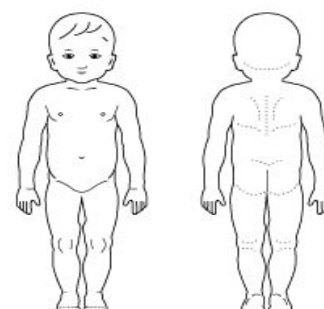
Name of patient /患者氏名				For staff only /医療機関記入欄	BT=	℃
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年 (	Month/月	Day/日		PR=	/分
Years old/歳)			BP=		mmHg	
Height/Weight/身長・体重	cm kg			RR=	/分	
Allergies /アレルギーの有無	☐ Food(s)/食べ物: ☐ Medicine/薬:			SPO2=	%	
				Sex/性別	☐ Male/男児	☐ Female/女児

※Please be prepared to present your Maternal and Child Health Handbook and medicine pocketbook.
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日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。)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Fever/発熱 | ☐ Pain/痛み | ☐ Cough/咳 | ☐ Runny nose/鼻汁 |
| ☐ Nasal congestion
/鼻づまり | ☐ Vomiting/嘔吐 | ☐ Diarrhea/下痢 | ☐ Nausea/吐き気 |
| ☐ Bloody stool/血便 | ☐ Hives/じんましん | ☐ Eczema/湿疹 | ☐ Birthmark, bruise
/あざ |
| ☐ Boil/できもの | ☐ Rash/発疹 | ☐ Dry skin/皮膚の乾燥 | ☐ Atopic symptoms
/アトピー |
| ☐ Loss of consciousness
/意識がなくなる | ☐ Bad mood
/機嫌がわるい | ☐ Loss of appetite
/食欲がない | ☐ Does not drink milk
/ミルクを飲まない |
| ☐ Convulsion/けいれん | ☐ Earache/耳痛 | ☐ Consultation on child
development/発達相談 | |
| ☐ I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
/他の医療機関(健診施設含む)で受診を勧められた | | | |
| ☐ Vaccination
/ワクチン接種 | ☐ Other(s)/その他: | | |

Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



If you checked "I was advised by another clinic/hospital to come here" in the above question, check all that apply below.
/「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。

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| ☐ Abnormality in electrocardiogram
/心電図異常 | ☐ Short height/低身長 | ☐ Poor weight gain
/体重増加不良 | ☐ Abnormality in Urinalysis
/尿検査異常 | ☐ Slow language development
/言葉の遅れ |
|---|---|--|--|--|

Have any diseases been spreading in his/her school, nursery or in the family?
/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。

- ☐ No/いいえ ☐ Yes/はい If yes, check the disease(s) below that have currently been spreading.
/「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。
- | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| ☐ Chicken pox
/みずぼうそう | ☐ Infectious gastroenteritis
/感染性胃腸炎 | ☐ Streptococcal infection
/溶連菌感染症 | ☐ Mumps
/おたふくかぜ | ☐ Influenza
/インフルエンザ | ☐ Hand, foot and mouth disease/手足口病 |
| ☐ Herpangina
/ヘルパンギーナ | ☐ Adenovirus infection/アデノウイルス感染症 | ☐ Erythema infectiosum
/りんご病 | ☐ Other(s)/その他: | | |

When did the symptom start?
/この症状はいつからありますか。

_____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日 From about _____ : _____ am/pm
午前・午後 時 分ごろから

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- ☐ No/いいえ ☐ Yes/はい *Show us your medication or a medicine pocketbook.
/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。

	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Write about the conditions of your child at birth. ※Present your Maternal and Child Health Handbook.
/生まれた時のことを、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。

Did you have any problems during labor or delivery?
/分娩時に異常がありましたか。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい ☐ Do not know/わからない

If yes, describe the problem(s).
/「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。

☐ Breech presentation/骨盤位 ☐ Loop of umbilical cord /臍帯巻絡 ☐ Caesarean section /帝王切開 ☐ Neonatal asphyxia /新生児仮死

Birth/出生時

Weeks of pregnancy at childbirth : _____ Week/週 _____ Days/日 Weight/体重 : _____ g
/出生時週数

Height/身長 : _____ cm Head circumference /頭囲 : _____ cm Chest circumference /胸囲 : _____ cm

Has he/she been treated at any other hospital before this hospital?
/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい If Yes, write the name(s) of hospital(s) that he/she has been treated before.
/「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。

	Date of consultation /受診日	Hospital name /医療機関名	Prescription /処方の有無
①			☐ Yes/あり ☐ No/なし
②			☐ Yes/あり ☐ No/なし

Write all diseases that you are currently being treated for and any past diseases.
/現在治療中、または過去の病気があればお書きください。

☐ No/いいえ ☐ Yes/はい If Yes, write the name(s) of hospital(s) that he/she has been treated before.
/「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。

	Disease names /疾患名	Treatment progress /治療経過	Hospital name /医療機関名
①		☐ Recovered/治癒 ☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Untreated/未治療	
②		☐ Recovered/治癒 ☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Untreated/未治療	

Describe how you feed him/her.
/現在の食事の形態を教えてください。

☐ Milk feeding/哺乳乳 ☐ Breast feeding only/母乳栄養 ☐ Breast plus formula milk/混合栄養 ☐ Formula milk only/人工栄養
_____ml/day/日 _____time(s)/day/回/日

☐ Baby food/離乳食 ☐ First period/初期 ☐ Second period/中期 ☐ Third period/後期
*Meal frequency/食事回数 ☐ Once a day/1日1回 ☐ Twice a day/1日2回 ☐ 3 times a day/1日3回

☐ Follow-up milk/フォローアップミルク
_____ml/day/日 _____time(s)/day/回/日

☐ Solid food/固形食
*Meal frequency/食事回数 ☐ Once a day/1日1回 ☐ Twice a day/1日2回 ☐ 3 times a day/1日3回

Check the vaccination history of your child below. Show medical staff your Maternal and Child Health Handbook and Vaccination Record Book./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。

☐ Hib/Hib _____time(s)/回	☐ Rotavirus/ロタ _____time(s)/回	☐ Pneumococcus /肺炎球菌 _____time(s)/回
☐ Mumps/おたふくかぜ _____time(s)/回	☐ Tetra vaccine(DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____time(s)/回	☐ Triple vaccine (DPT) /3種混合(DPT) _____time(s)/回
☐ Hepatitis B /B型肝炎 _____time(s)/回	☐ Oral poliovirus /経口ポリオ _____time(s)/回	☐ BCG /BCG _____time(s)/回
☐ Inactivated poliovirus /不活化ポリオ _____time(s)/回	☐ MR vaccine/MR _____time(s)/回	☐ Hepatitis A /A型肝炎 _____time(s)/回
☐ Chickenpox /水痘 _____time(s)/回	☐ Measles /麻疹 _____time(s)/回	☐ Japanese encephalitis /日本脳炎 _____time(s)/回
☐ MMR/MMR _____time(s)/回	☐ Other(s)/その他 : _____time(s)/回	

If you have a special request concerning the consultation, check the box.
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

☐ I want to be informed of my estimated medical expenses in advance./あらかじめ、医療費の概算を教えてください。

☐ I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

☐ Other(s)/その他 :