

Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

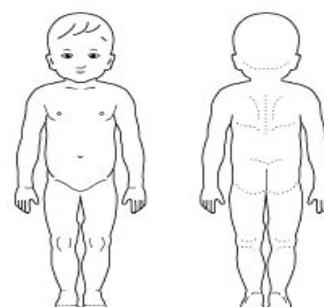
Name of patient /患者氏名				BT=	℃	
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日	For staff only /医療機関記入欄	PR=	/分
	(Years old/歳)				BP=	mmHg
					RR=	/分
					SPO2=	%
Height/Weight/身長・体重	_____ cm _____ kg			Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男児 <input type="checkbox"/> Female/女児	
Allergies /アレルギーの有無	<input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

※Please be prepared to present the 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。)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Pain/痛み | <input type="checkbox"/> Cough/咳 | <input type="checkbox"/> Runny nose/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion
/鼻づまり | <input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> Nausea/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> Eczema/湿疹 | <input type="checkbox"/> Birthmark, bruise
/あざ |
| <input type="checkbox"/> Boil/できもの | <input type="checkbox"/> Rash/発疹 | <input type="checkbox"/> Dry skin/皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> Atopic symptoms
/アトピー |
| <input type="checkbox"/> Loss of consciousness
/意識がなくなる | <input type="checkbox"/> Bad mood
/機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> Loss of appetite
/食欲がない | <input type="checkbox"/> Does not drink milk
/ミルクを飲まない |
| <input type="checkbox"/> Convulsion/けいれん | <input type="checkbox"/> Earache/耳痛 | <input type="checkbox"/> Consultation on child
development/発達相談 | <input type="checkbox"/> Consultation on child
care/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> Allergy consultation
/アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む) | | |
| <input type="checkbox"/> Vaccination
/ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> 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.
/「他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)」に☑された方は、当てはまるものを☑してください。

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

Have any diseases been spreading in your 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/なし Yes/あり **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。
- | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chicken pox
/みずぼうそう | <input type="checkbox"/> Infectious gastroenteritis
/感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> Streptococcal infection
/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Mumps
/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Influenza
/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> Hand, foot and mouth disease/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> Herpangina
/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Adenovirus infection/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> Erythema infectiosum
/りんご病 | <input type="checkbox"/> 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 the 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 your conditions at birth. ※Present the 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 /出生時週数 : _____ Week/週 _____ Days/日 Weight/体重 : _____ g

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

Have you 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 you have 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			<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし
②			<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> 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 you have 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		<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreat/未治療	
②		<input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Untreat/未治療	

Describe feeding method.

/現在の食事の形態を教えてください。

- Milk feeding/哺乳 Breast feeding only/母乳栄養 _____ml/day/日 Breast plus formula milk/混合栄養 _____time(s)/day/回/日 Formula milk only/人工栄養
- 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 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 below. Show medical staff the 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
- Rubella /風疹 _____time(s)/回 MMR/MMR _____time(s)/回 Other(s) /その他のワクチン : _____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 :