

Medical questionnaire 問診票 (小児:初診)

Name お名前 _____
Phone 電話 _____ E-mail メール _____
Zip code 郵便番号 _____ Nationality 国籍 _____
Language 言葉 _____ Religion 信仰 _____
Birthplace 出生地 _____ Residence history 在日歴 _____ years 年
Age 年齢 _____ years 歳 _____ months か月 _____ Weight 体重 _____ kg _____ Temperature 体温 _____ °C

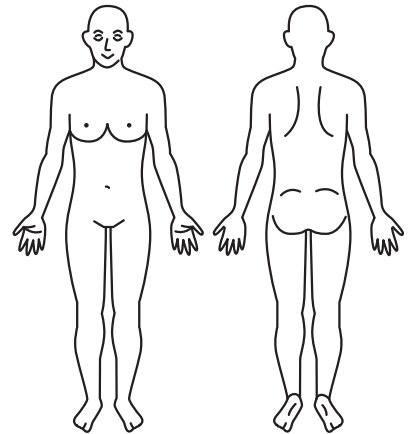
1. What is wrong with you (your child)? 今日どのようなことでおいでになりましたか?

Please check (✓) and answer all corresponding answers.

***Circle on the picture below.**

その箇所に丸印をしてください。

- fever 熱がある (_____ °C) nasal discharge 鼻水
- cough 咳 vomiting 嘔吐 (_____ times/day 回/日)
- headache 頭痛 abdominal pain 腹痛
- diarrhea 下痢 (_____ time/day) bloody stool 血便
- sore throat 喉が痛い spasm ひきつけをおこす
- insufficient weight gain 体重増加不良
- loss of appetite (low milk intake) 食欲がない
- pain 痛み itching かゆい swelling 腫れ
- suspicion of mumps/varicella おたふく風邪・水痘の疑い
- rash 発疹
- others その他 _____



2. How long have you (she,he) had problems? いつごろからお気づきになりましたか?

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

3. Are you (she,he) on medications or vitamins of any kind?

現在飲んでいる薬やビタミンはありますか?

No ない Yes ある → _____

4. Have you (she,he) ever been allergic to medication or food?

これまでに薬や食べ物などで、アレルギーなどの副作用を経験したことがありますか?

No ない Yes ある → medication 薬 food 食べ物 others その他

What's the cause of it? その原因は何ですか? _____

When was it? それはいつごろですか? → _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

5. Have you (she,he) ever had any of the following problems? 以下で当てはまることはありますか?

A) asthma attacks 喘息の発作 No ない Yes ある → _____ year 年 _____ month 月

B) convulsions けいれんの発作 No ない Yes ある → _____ year 年 _____ month 月

6. Have you (she,he) ever had any illnesses, hospitalizations or operations?

今までに病気やけが、入院、手術などをしたことがありますか?

No ない Yes ある → _____

to the next page!



7. How was the delivery? 出産について

Baby's weight 出産時の体重 _____ g Weeks of pregnancy 妊娠週数 _____ weeks _____ days
 normal delivery 正常分娩 abnormal delivery 異常分娩 Caesarean section 帝王切開
 Were there any problems with the delivery? 出産時に何か問題がありましたか?
 No ない Yes ある → _____

8. Fill out the number of vaccination (already immunized) and circle on illnesses you (she,he) had in the past. 今までにかかった感染症、受けた予防接種(ワクチン)について教えてください。

	number of vaccination 受けた予防接種の回数	illnesses かかったことのある病気
DPT 三種混合	times 回	Diphtheria ジフテリア・Tetanus 破傷風・whooping cough 百日咳
BCG	times 回	
Polio ポリオ	times 回	
MR 麻疹風疹	times 回	
Measles 麻疹(はしか)	times 回	
Rubella 風疹(三日はしか)	times 回	
Japanese encephalitis 日本脳炎	times 回	
Chicken pox 水痘(みずぼうそう)	times 回	
Mumps おたふくかぜ	times 回	
Hib(ヒブ)	times 回	
Pneumococcal 肺炎球菌(7価)	times 回	
HPV(子宮頸がん)	times 回	
Hepatitis A A型肝炎	times 回	
Hepatitis B B型肝炎	times 回	

9. Fill out family's age and any diseases they have. ご家族のことについて教えてください。

	sex 性別	age 年齢	any diseases they have 通院中の病気があればお書きください	Circle if you live together 同居の人に○
father 父	M			
mother 母	F			
brothers and sisters 兄妹	M・F			
	M・F			
	M・F			

10. Do you have anyone who smoke in your family? ご家族でタバコを吸う方はいらっしゃいますか?
 No いない Yes いる → Who どなたですか? _____

What kind of internal medicine can you(he,she)take? どんな種類の薬が飲めますか?
 tablet or capsule 錠剤 ・ powder 粉薬 ・ syrup シロップ ・ suppository 坐薬
 any of them どれでもよい

Thank you so much. どうもありがとうございました