

Анкета щодо педіатрії/Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

Ім'я та прізвище пацієнта /Name of patient /患者氏名						BT= °C PR= хв./min./分 BP= мм ртут. стовп. /mmHg RR= хв./min./分 SPO2= %
Дата народження /Date of birth /生年月日 (西暦)	Рік /Year/年 (Місяць /Month/月 Років/Years old/歳)	День /Day/日	Тільки для персоналу /For staff only /医療機関記入欄		
Зріст/Варг/Height/Weight/身長・体重	см/cm кг/kg		Стать/Sex/性別		<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男性 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女性	
Алергії/Allergies /アレルギーの有無						
<input type="checkbox"/> Їжа/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Ліки/Medicine/薬:						

※ Будьте готові показати посібник з охорони здоров'я матері та дитини і медичну карту (книжку).
 /Please be prepared to present the Maternal and Child Health Handbook and medication record (notebook).
 /母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

Яка сьогодні проблема? (Позначте все, що застосовно)/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"/> Лихоманка/Fever/発熱

<input type="checkbox"/> Закладеність носа
/Nasal congestion
/鼻づまり

<input type="checkbox"/> Кров'янистий кал
/Bloody stool/血便

<input type="checkbox"/> Чиряк/Boil/できもの

<input type="checkbox"/> Знепритомнення
/Loss of consciousness
/意識がなくなる

<input type="checkbox"/> Судоми/Convulsion
/けいれん

<input type="checkbox"/> Консультація щодо алергії
/Allergy consultation
/アレルギーの相談

<input type="checkbox"/> Вакцинація/Vaccination
/ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> Біль/Pain/痛み

<input type="checkbox"/> блювання
/Vomiting/嘔吐

<input type="checkbox"/> Кропив'янка
/Hives/じんましん

<input type="checkbox"/> висип/Rash/発疹

<input type="checkbox"/> Поганий настрій
/Bad mood
/機嫌がわるい

<input type="checkbox"/> Біль у вусі
/Earache/耳痛

<input type="checkbox"/> В іншій клініці/лікарні (або під час звичайного медогляду) мені порадили звернутися сюди.
<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"/> кашель/Cough/咳

<input type="checkbox"/> діарея/Diarrhea/下痢

<input type="checkbox"/> Екзема/Eczema
/湿疹

<input type="checkbox"/> Суха шкіра/Dry skin
/皮膚の乾燥

<input type="checkbox"/> Втрата апетиту
/Loss of appetite
/食欲がない

<input type="checkbox"/> Консультація з питань розвитку дитини/Consultation on child development/発達相談 | <input type="checkbox"/> Нежить
/Runny nose/鼻汁

<input type="checkbox"/> Нудота/Nausea
/吐き気

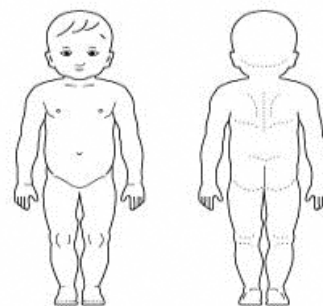
<input type="checkbox"/> Родима пляма, синяк
/Birthmark, bruise
/あざ

<input type="checkbox"/> Атопічні синдроми
/Atopic symptoms
/アトピー

<input type="checkbox"/> Не п'є молоко
/Does not drink milk
/ミルクを飲まない

<input type="checkbox"/> Консультація з питань догляду за дитиною/Consultation on child care/育児相談 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Обведіть колом місце, де відчуваєте симптом.
 /Circle the place where you are experiencing the symptom.
 /症状のある部分に○を付けて下さい。



Якщо ви позначили галочкою «В іншій клініці/лікарні мені порадили звернутися сюди» у наведеному вище питанні, поставте галочки біля всього, що застосовно, нижче.
 /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"/> Аномалія в електрокардіограмі /Abnormality in electrocardiogram /心電図異常	<input type="checkbox"/> Низький зріст /Short height/低身長	<input type="checkbox"/> Поганий набір ваги /Poor weight gain /体重増加不良	<input type="checkbox"/> Відхилення в аналізі сечі /Abnormality in Urinalysis /尿検査異常
<input type="checkbox"/> Сповільнений розвиток мовлення /Slow language development /言葉の遅れ			

Чи поширюються якісь хвороби у вашій школі, дитячому садку чи в сім'ї?
 /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。

- Якщо так, то поставте галочки біля наведених нижче хвороб (захворювань), які поширюються нині.
 /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"/> Вітрянка
/Chicken pox
/みずぼうそう

<input type="checkbox"/> Герпетична ангіна
/Herpangina
/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Інфекційний гастроентерит
/Infectious gastroenteritis
/感染性胃腸炎

<input type="checkbox"/> Аденовірусна інфекція
/Adenovirus infection
/アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> Стрептококова інфекція
/Streptococcal infection
/溶連菌感染症

<input type="checkbox"/> Еритема інфекційна
/Erythema infectiosum
/りんご病 | <input type="checkbox"/> Свинка
(епідемічний паротит)
/Mumps/おたふくかせ

<input type="checkbox"/> Грип/Influenza
/インフルエンザ

<input type="checkbox"/> Інше/Other(s)
/その他: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- Хвороба рук, ніг і ротової порожнини/Hand, foot and mouth disease/手足口病

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

Рік /Year/年	Місяць /Month/月	День /Day/日	Від близько/From about	:	до полудня/am/після полудня/pm
_____ /年	_____ /月	_____ /日	午前・午後	時	分ごろから

Чи приймаєте ви наразі якісь ліки, у тому числі вітаміни та харчові добавки?
 /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。

- Hi/No /いいえ Tak/Yes /はい
- *Покажіть нам свої ліки або медичну карту (книжку).**
 /Show us your medication or medication record (notebook).
 /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。

	Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Напишіть про свій стан під час народження. ※Покажіть посібник з охорони здоров'я матері та дитини.

/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。

Чи були у вас проблеми під час переймів або пологів?/Did you have any problems during labor or delivery?

/分娩時に異常がありましたか。

- Hi/No/いいえ Tak/Yes/はい He знаю/Do not know/わからない

Якщо так, то опишіть проблему(и)/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。

- Тазове передлежання /Breech presentation/骨盤位 Петля пупкового канатика /Loop of umbilical cord/臍帶巻絡 Кесарів розтин /Caesarean section/帝王切開 Асфіксія новонароджених /Neonatal asphyxia/新生児仮死

Народження/Birth/出生時

Тижні вагітності при народженні

_____Тиждень

_____Дні

дитини/Weeks of pregnancy at childbirth

: _____/Week/週

_____/Days/日

Bara/Weight/体重 : _____g/g

/出生時週数

Зріст/Height/身長 : _____cm/cm

Окружність голови /Head circumference/頭囲

: _____cm/cm

Окружність грудей /Chest circumference/胸囲

: _____cm/cm

Чи проходили ви лікування в будь-якій іншій лікарні до цієї лікарні?/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。

- Hi/No/いいえ Tak/Yes/はい

Якщо так, то напишіть назву(и) лікарні чи лікарень, у якій чи у яких ви лікувались раніше.

/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。

	Дата консультації /Date of consultation/受診日	Назва лікарні/Hospital name /医療機関名	Рецепт/Prescription /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Hi/No/なし
②			<input type="checkbox"/> Так/Yes/あり <input type="checkbox"/> Hi/No/なし

Напишіть усі захворювання, від яких ви лікуєтесь в даний час, а також усі захворювання, перенесені у минулому.

/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。

- Hi/No/いいえ Tak/Yes/はい

Якщо так, то напишіть назву(и) лікарні чи лікарень, у якій чи у яких ви лікувались раніше.

/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。

	Назви хвороб/Disease names /疾患名	Перебіг лікування/Treatment progress /治療経過	Назва лікарні/Hospital name /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
②		<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	

Опишіть спосіб годування./Describe feeding method.

/現在の食事の形態を教えてください。

- Годування молоком /Milk feeding/哺乳 Тільки грудне годування /Breast feeding only/母乳栄養 Грудне молоко плюс молочна суміш /Breast plus formula milk/混合栄養 Тільки молочна суміш /Formula milk only/人工栄養
- _____мл/день/ml/day/日 _____раз(и)/день/time(s)/day/日
- Дитяче харчування /Baby food/離乳食 Перший період/First period/初期 Другий період/Second period/中期 Третій період/Third period/後期
- *Частота приймань їжі /Meal frequency/食事回数 Раз на день/Once a day/1日1回 Двічі на день/ Twice a day/1日2回 Тричі на день/3 times a day/1日3回
- Додаткове молоко/Follow-up milk/フォローアップミルク _____мл/день/ml/day/日 _____раз(и)/день/time(s)/day/日
- Тверда їжа/Solid food/固形食 Раз на день/Once a day/1日1回 Двічі на день/ Twice a day/1日2回 Тричі на день/3 times a day/1日3回
- *Частота приймань їжі /Meal frequency/食事回数

Поставте галочки у наведеній нижче історії вакцинації. Покажіть медичному персоналу посібник з охорони здоров'я матері та дитини і книжку обліку щеплень.

/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 _____раз(и) /time(s)/回 Ротавірус /Rotavirus/ロタ _____раз(и) /time(s)/回 Пневмокок /Pneumococcus/肺炎球菌 _____раз(и) /time(s)/回
- Свинка (епідемічний паротит) /Mumps/おたふくかぜ _____раз(и) /time(s)/回 Тетра-вакцина (DPT-IPV) /Tetra vaccine(DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____раз(и) /time(s)/回 Тривалентна вакцина /Triple vaccine (DPT) /3種混合 (DPT) _____раз(и) /time(s)/回
- Гепатит В /Hepatitis B/B型肝炎 _____раз(и) /time(s)/回 Оральний поліовірус /Oral poliovirus /経口ポリオ _____раз(и) /time(s)/回 БЦЖ/BCG _____раз(и) /time(s)/回
- Інактивовані поліовірус /Inactivated poliovirus /不活化ポリオ _____раз(и) /time(s)/回 Вакцина MR _____раз(и) /time(s)/回 Гепатит А/Hepatitis A /A型肝炎 _____раз(и) /time(s)/回
- Вітряна віспа /Chickenpox/水痘 _____раз(и) /time(s)/回 Кіп/Measles _____раз(и) /time(s)/回 Японський енцефаліт /Japanese encephalitis /日本脳炎 _____раз(и) /time(s)/回
- Червона висипка /Rubella/風疹 _____раз(и) /time(s)/回 MMR/MMR _____раз(и) /time(s)/回 Інше/Other(s) _____раз(и) /time(s)/回
- /その他のワクチン : _____раз(и) /time(s)/回

Якщо у вас є особливі побажання щодо консультації, вкажіть.

/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。

- Я хочу, щоб мене заздалегідь інформували про передбачувані медичні витрати. /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。
- Я хочу мати перекладача, якщо є послуга перекладача. /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。
- Інше/Other(s)/その他 :

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。 This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

Цей український переклад підготовлено під наглядом лікарів, юридичних експертів або інших осіб. Коли будь-яка різниця в тлумаченні виникає через нюансову різницю в суміжних мовах