

## Kuesioner Pediatri/Pediatrics Questionnaire/小児科問診票

Nama pasien /Name of patient /患者氏名			BT=	°C
			PR=	menit./min./
			BP=	分
Tanggal lahir /Date of birth /生年月日 (西暦)	tahun /Year/年	bulan /Month/月	tanggal /Day/日	mmHg/mmHg/mmHg
	( Tahun/Years old/歳)			menit./min./分
Tinggi / Berat/Height/Weight/身長・体重	cm/cm		kg/kg	SPO2=
				%
	jenis kelamin/Sex/性別		<input type="checkbox"/> laki-laki/Male/男性 <input type="checkbox"/> perempuan/Female/女性	
Alergi/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Makanan/Food(s)/食べ物:			
	<input type="checkbox"/> Obat-obatan/Medicine/薬:			

※Harap bersiap untuk menunjukkan Buku Panduan Kesehatan Ibu dan Anak dan catatan pengobatan (buku catatan)

/Please be prepared to present the Maternal and Child Health Handbook and medication record (notebook).

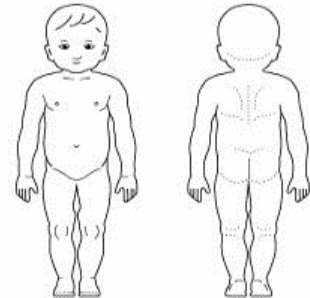
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

Apa masalahnya hari ini? (Centang semua yang berlaku.)/What is the problem today? (Check all that apply.)

/今日はどのような症状がありますか。(複数ある方は複数回してください。)

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> demam/Fever/発熱                                     | <input type="checkbox"/> rasa sakit/Pain/痛み   | <input type="checkbox"/> batuk/Cough/咳   | <input type="checkbox"/> pilek/Runny nose/鼻汁   |
| <input type="checkbox"/> Hidung tersumbat/Nasal congestion/鼻づまり             | <input type="checkbox"/> Muntah/Vomiting/嘔吐   | <input type="checkbox"/> Diare/Diarrhea/下痢   | <input type="checkbox"/> Mual/Nausea/吐き気   |
| <input type="checkbox"/> Tinja berdarah/Bloody stool/血便                     | <input type="checkbox"/> gatal-gatal/Hives/じんましん  | <input type="checkbox"/> Eksim/Eczema/湿疹   | <input type="checkbox"/> Tanda lahir, memar/Birthmark, bruise/あざ                           |
| <input type="checkbox"/> Rebus/Boil/できもの                                    | <input type="checkbox"/> Ruam/Rash/発疹   | <input type="checkbox"/> Kulit kering/Dry skin/皮膚の乾燥   | <input type="checkbox"/> Gejala atopik/Atopic symptoms/アトピー                                |
| <input type="checkbox"/> Kehilangan kesadaran/Loss of consciousness/意識がなくなる | <input type="checkbox"/> suasana hati yang buruk/Bad mood/機嫌がわるい  | <input type="checkbox"/> Kehilangan nafsu makan/Loss of appetite/食欲がない                               | <input type="checkbox"/> Tidak minum susu/Does not drink milk/ミルクを飲まない                     |
| <input type="checkbox"/> Kejang/Convulsion/けいれん                             | <input type="checkbox"/> Sakit telinga/Earache/耳痛   | <input type="checkbox"/> Konsultasi tentang perkembangan anak/Consultation on child development/発達相談 | <input type="checkbox"/> Konsultasi tentang perawatan anak/Consultation on child care/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> Konsultasi alergi/Allergy consultation/アレルギーの相談    | <input type="checkbox"/> Saya disarankan oleh klinik/rumah sakit lain (atau saat pemeriksaan rutin) untuk datang ke sini.<br>/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.<br>/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"/> Vaksinasi/Vaccination/ワクチン接種                       | <input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他:  |  |  |

Lingkari tempat di mana Anda mengalami gejala tersebut.  
/Circle the place where you are experiencing the symptom.  
/症状のある部分に○を付けて下さい。



Jika Anda mencentang "Saya disarankan oleh klinik/rumah sakit lain untuk datang ke sini" pada pertanyaan di atas, centang semua yang berlaku di bawah ini.

/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)」に印された方は、当てはまるものを印してください。

- |   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kelainan pada elektrokardiogram/Abnormality in electrocardiogram/心電図異常 | <input type="checkbox"/> Tinggi badan pendek/Short height/低身長 | <input type="checkbox"/> Kenaikan berat badan yang buruk/Poor weight gain/体重増加不良 | <input type="checkbox"/> Ketidaknormalan dalam Urinalisis/Abnormality in Urinalysis/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> Perkembangan bahasa yang lambat/Slow language development/言葉の遅れ |
|---|---|--|---|--|

Apakah ada penyakit yang menyebar di sekolah, tempat penitipan anak, atau dalam keluarga Anda?

/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。

- Tidak/No/いいえ  Ya/Yes/はい
- Jika ya, periksa penyakit di bawah ini yang saat ini telah menyebar.  
/If yes, check the disease(s) below that have currently been spreading.  
/「あり」に印された方は、どの病気が流行っているか、印してください。

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cacar air/Chicken pox/みずぼうそう  | <input type="checkbox"/> Gastroenteritis menular/Infectious gastroenteritis/感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> Infeksi streptokokus/Streptococcal infection/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Gondok/Mumps/おたふくかぜ   | <input type="checkbox"/> Influenza/Influenza/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> Penyakit tangan, kaki dan mulut/Hand, foot and mouth disease/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> Herpangina/Herpangina/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Infeksi Adenovirus/Adenovirus infection/アデノウイルス感染症        | <input type="checkbox"/> Eritema infectiosum/Erythema infectiosum/りんご病       | <input type="checkbox"/> Lainnya/Other(s)/その他: |  |  |

Jika gejala yang Anda sebutkan di atas masih berlanjut, kapan gejalanya mulai terjadi?

/If the symptom you have mentioned above has been continuing, when did it start?

/上記症状が持続している方は、この症状はいつからありますか。

tahun /Year/年      bulan /Month/月      tanggal /Day/日      Dari sekitar/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ am./am./pm./pm  
午前・午後      時      分ごろから

Apakah Anda sedang menjalani pengobatan, termasuk vitamin dan suplemen nutrisi?

/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Tidak/No/いいえ  Ya/Yes/はい
- \*Tunjukkan kepada kami obat atau catatan pengobatan Anda (buku catatan).  
/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。

	Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara meminum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Nama obat /Name of medications /お薬の名前	Bagaimana cara meminum atau menggunakan obat Anda /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Tuliskan tentang kondisi Anda saat lahir. ※ Tunjukkan Buku Panduan Kesehatan Ibu dan Anak.

/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。

Apakah Anda memiliki masalah selama persalinan atau melahirkan?/Did you have any problems during labor or delivery?

/分娩時に異常がありましたか。

- Tidak/No/いいえ  Ya/Yes/はい  Tidak tahu/Do not know/わからない

Jika ya, jelaskan masalahnya./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。

- Presentasi sungsang /Breech presentation/骨盤位  Lingkaran tali pusat /Loop of umbilical cord/臍帯巻絡  Operasi caesar /Caesarean section/帝王切開  Asfiksia neonatal /Neonatal asphyxia/新生児仮死

### kelahiran/Birth/出生時

Minggu kehamilan saat melahirkan

/Weeks of pregnancy at childbirth

/出生時週数

\_\_\_\_\_minggu \_\_\_\_\_hari

/weeks/週 /day/日

berat badan/Weight/体重 : \_\_\_\_\_g

tinggi/Height/身長 : \_\_\_\_\_cm

Lingkar kepala

/Head circumference/頭囲

: \_\_\_\_\_cm

Lingkar dada

/Chest circumference/胸囲

: \_\_\_\_\_cm

Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit lain sebelum rumah sakit ini?/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。

- Tidak/No /いいえ  Ya/Yes /はい

Jika Ya, tuliskan nama rumah sakit tempat Anda pernah dirawat.

/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。

	Tanggal konsultasi /Date of consultation/受診日	Nama rumah sakit/Hospital name /医療機関名	Resep/Prescription /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Ya./Yes/ はい <input type="checkbox"/> Tidak/No/いいえ
②			<input type="checkbox"/> Ya./Yes/ はい <input type="checkbox"/> Tidak/No/いいえ

Tuliskan semua penyakit yang sedang Anda rawat dan penyakit yang pernah Anda derita.

/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。

- Tidak/No /いいえ  Ya/Yes /はい

Jika Ya, tuliskan nama rumah sakit tempat Anda pernah dirawat.

/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。

	Nama penyakit/Disease names /疾患名	Treatment kemajuan/Treatment progress /治療経過	Nama rumah sakit/Hospital name /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	
②		<input type="checkbox"/> Dipulihkan/Recovered/治癒 Penghentian pengobatan /Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> Dalam perawatan/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Tidak diobati/Untreated/未治療	

Jelaskan metode pemberian makan./Describe feeding method.

/現在の食事の形態を教えてください。

- Pemberian susu /Milk feeding/哺乳  Hanya menyusui saja /Breast feeding only/母乳栄養 \_\_\_\_\_ml/hari/ml/day/日  ASI ditambah susu formula /Breast plus formula milk/混合栄養 \_\_\_\_\_waktu(s)/hari/time(s)/day/回/日  Hanya susu formula /Formula milk only/人工栄養
- Makanan bayi /Baby food/離乳食 \*Frekuensi makan /Meal frequency/食事回数  Periode pertama/First period/初期  Periode kedua/Second period/中期  periode ketiga/Third period/後期
- Sekali sehari/Once a day/1日1回  dua kali sehari/ Twice a day/1日2回  tiga kali sehari/3 times a day/1日3回
- Susu lanjutan/Follow-up milk/フォローアップミルク \_\_\_\_\_ml/hari/ml/day/日 \_\_\_\_\_waktu(s)/hari/time(s)/day/回/日
- Makanan padat/Solid food /固形食 \*Frekuensi makan /Meal frequency/食事回数  Sekali sehari/Once a day/1日1回  dua kali sehari/ Twice a day/1日2回  tiga kali sehari/3 times a day/1日3回

Periksa riwayat vaksinasi di bawah ini. Tunjukkan kepada staf medis Buku Panduan Kesehatan Ibu dan Anak dan Buku Catatan Vaksinasi.

/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/ヒブ \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Rotavirus /Rotavirus/ロタ \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Pneumococcus /Pneumococcus/肺炎球菌 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回
- Gondok /Mumps/おたふくかぜ \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Vaksin tetanus (DPT-IPV) /Tetra vaccine(DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Vaksin tiga kali (DPT) /Triple vaccine (DPT) /3種混合 (DPT) \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回
- Hepatitis B /Hepatitis B/B型肝炎 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Virus polio oral /Oral poliovirus /経口ポリオ \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  BCG/BCG /BCG \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回
- Virus polio yang tidak aktif /Inactivated poliovirus /不活化ポリオ \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Vaksin MR /MR vaccine/MR \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Hepatitis A /Hepatitis A /A型肝炎 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回
- cacar air /Chickenpox/水痘 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Campak/Measles /麻疹 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Ensefalitis Jepang /Japanese encephalitis /日本脳炎 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回
- Rubella /Rubella/風疹 \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  AKI/MMR/MMR \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回  Lainnya/Other(s) /その他のワクチン : \_\_\_\_\_waktu(s) /time(s)/回

Jika Anda memiliki permintaan khusus mengenai konsultasi, centang kotak.

/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。

- Saya ingin diberitahu tentang perkiraan biaya pengobatan saya sebelumnya. /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。
- Saya ingin memiliki penerjemah jika layanan penerjemah tersedia. /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。
- Lainnya/Other(s) /その他のワクチン :

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. Terjemahan bahasa Inggris ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika ada perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan nuansa dalam bahasa atau sistem