

แบบสอบถามการเวชศาสตร์/Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

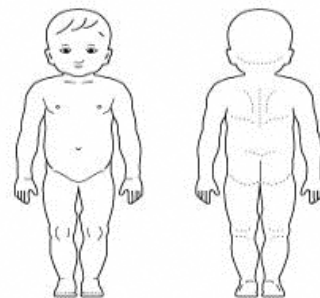
ชื่อผู้ป่วย/Name of patient / 患者氏名		BT=	°C
		PR=	นาที/min./分
วันเกิด/Date of birth / 生年月日 (西暦)	ปี /Year/年 เดือน /Month/月 วัน /Day/日 (อายุ /Years old/歳)	BP=	มม.ปรอท/mmHg
		RR=	นาที./min./分
ส่วนสูง/น้ำหนัก/Height/Weight/身長・体重	ซม./cm กก/kg	SPO2=	%
		เพศ/Sex/性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男性 <input type="checkbox"/> หญิง /Female/女性
โรคภูมิแพ้/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> อาหาร/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> ยา/Medicine/薬:		

โปรดเตรียมนำสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็กและบันทึกการไต่ถาม (สมุดบันทึก)
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。

วันนี้มีปัญหามาอะไรบ้าง?(เลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง)/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☑してください。)

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไข้/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> ปวด/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> ไอ/Cough/咳 | <input type="checkbox"/> อาการน้ำมูกไหล /Runny nose/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> คัดจมูก /Nasal congestion /鼻づまり | <input type="checkbox"/> อาเจียน /Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> ท้องเสีย/Diarrhea/下痢 | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/Nausea /吐き気 |
| <input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด /Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> ลมพิษ /Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> กลาก/Eczema /湿疹 | <input type="checkbox"/> ปาน, รอยช้ำ /Birthmark, bruise /あざ |
| <input type="checkbox"/> หนอง/Boil/できもの | <input type="checkbox"/> ผื่น/Rash/発疹 | <input type="checkbox"/> ผิวแห้ง/Dry skin /皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> อาการภูมิแพ้/Atopic symptoms /アトピー |
| <input type="checkbox"/> หหมดสติ /Loss of consciousness /意識がなくなる | <input type="checkbox"/> อารมณ์เสีย /Bad mood /機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร /Loss of appetite /食欲がない | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่มนม /Does not drink milk /ミルクを飲まない |
| <input type="checkbox"/> อาการชัก/Convulsion /けいれん | <input type="checkbox"/> ปวดหู /Earache/耳痛 | <input type="checkbox"/> ปรึกษาเรื่องการพัฒนาการเด็ก /Consultation on child development /発達相談 | <input type="checkbox"/> ปรึกษาเรื่องการดูแลเด็ก /Consultation on child care /育児相談 |
| <input type="checkbox"/> ปรึกษาเรื่องภูมิแพ้/Allergy consultation /アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> ฉันได้รับคำแนะนำจากคลินิก/โรงพยาบาลอื่น (หรือจากการตรวจสุขภาพเป็นประจำ) ให้มาที่นี่ /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"/> การฉีดวัคซีน/Vaccination /ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s) /その他: | | |

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



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

มีโรคใดๆ แพร่กระจายในโรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็ก หรือในครอบครัวของคุณหรือไม่?
/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。

- ไข้/No /いいえ ใช่/Yes /はい
- หากใช่ ให้ตรวจสอบโรคด้านล่างนี้ที่กำลังแพร่กระจายอยู่
 /If yes, check the disease(s) below that have currently been spreading.
 /「あり」に☑された方は、どの病気が流行しているか、☑してください。
- | | | | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โรคอีสุกอีใส /Chicken pox /みずぼうそう | <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบ/Infectious gastroenteritis /感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> การติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส /Streptococcal infection /溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> คางทูม /Mumps/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่/Influenza /インフルエンザ | <input type="checkbox"/> โรคมือ เท้า ปาก/Hand, foot and mouth disease/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> เฮอร์แปงยีนา /Herpangina /ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> การติดเชื้ออะดีโนไวรัส /Adenovirus infection /アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> เกิดผื่นแดงติดเชื้อ /Erythema infectiosum /りんご病 | <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s) /その他: | | |

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

ปี /Year/年 เดือน /Month/月 วัน /Day/日 จากประมาณ/From about _____ : _____ แอม/am/น./pm
 _____ /年 _____ /月 _____ /日 午前・午後 時 分ごろから

คุณกำลังใช้ยาใดๆ อยู่ รวมถึงวิตามินและอาหารเสริมหรือไม่?
/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。

- ไข้/No /いいえ ใช่/Yes /はい
- *แสดงยาหรือบันทึกการไต่ถามของคุณ (สมุดบันทึก)**
/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。

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

เขียนเกี่ยวกับอาการของคุณตั้งแต่แรกเกิด ※ แสดงคู่มือสุขภาพแม่และเด็ก
 /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。
 คุณมีปัญหาระหว่างการคลอดหรือการคลอดบุตรหรือไม่?/Did you have any problems during labor or delivery?
 /分娩時に異常がありましたか。
 否/No/いいえ 是/Yes/はい ไม่ทราบ /Do not know/わからない

หากใช่ โปรดอธิบายปัญหา/If yes, describe the problem(s).
 /「はい」に記された方は、どのような異常があったか書いてください。
 การคลอดแบบเด็กไม่กลับหัว /Breech presentation/骨盤位 ห่วงสายสะดือ /Loop of umbilical cord/臍帶卷絡 การผ่าตัดคลอด /Caesarean section/帝王切開 ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด /Neonatal asphyxia/新生儿仮死

การเกิด/Birth/出生時

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์เมื่อคลอดบุตร : _____ อาทิตย์ _____ วัน น้ำหนัก/ : _____ กรัม/g
 /Weeks of pregnancy at childbirth : _____ /Week/ 週 _____ /Days/ 日 Weight/体重 : _____

ความสูง/ : _____ ซม./cm รอบศีรษะ : _____ ซม./cm รอบอก : _____ ซม./cm
 Height/身長 : _____ /Head circumference/頭圍 : _____ /Chest circumference/胸圍 : _____

คุณเคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อนโรงพยาบาลนี้หรือไม่?/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。

否/No /いいえ 是/Yes /はい ถ้าใช่ โปรดเขียนชื่อโรงพยาบาลที่คุณเคยรับการรักษามาก่อน /If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before. /「はい」に記した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

①	วันที่ปรึกษา/Date of consultation / 受診日	ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name / 医療機関名	ใบสั่งยา/Prescription / 処方の有無
			<input type="checkbox"/> 是/Yes/あり <input type="checkbox"/> 否/No/なし
			<input type="checkbox"/> 是/Yes/あり <input type="checkbox"/> 否/No/なし

เขียนโรคทั้งหมดที่คุณกำลังรักษาอยู่และโรคในอดีต
 /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。

否/No /いいえ 是/Yes /はい ถ้าใช่ โปรดเขียนชื่อโรงพยาบาลที่คุณเคยรับการรักษามาก่อน /If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before. /「はい」に記した人は、治療していた医療機関名を書いてください。

①	ชื่อโรค/Disease names / 疾患名	ความคืบหน้าการรักษา /Treatment progress / 治療経過	ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name / 医療機関名
		<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	
		<input type="checkbox"/> ฟื้นตัวแล้ว/Recovered/治愈 <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างการรักษา/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> ถอนการรักษา/Withdrawal of treatment/治療中断 <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษา/Untreated/未治療	

อธิบายวิธีการให้อาหาร/Describe feeding method.
現在の食事の形態を教えてください。

โนมม /Milk feeding/哺乳 โนมมบุตรจากเต้านม /Breast feeding only/母乳栄養 จากเต้านมผสมนมผง /Breast plus formula milk/混合栄養 นมผงเท่านั้น /Formula milk only/人工栄養
 _____ มล./วัน/ml/day/日 _____ ครั้ง/วัน/time(s)/day/回/日

อาหารเด็ก /Baby food/離乳食 ช่วงแรก/First period/初期 ช่วงที่สอง/Second period/中期 ช่วงที่สาม/Third period/後期
 *ความถี่ในการรับประทานอาหาร /Meal frequency/食事回数 วันละครั้ง/Once a day/1日1回 วันละสองครั้ง/ Twice a day/1日2回 3 ครั้งต่อวัน/3 times a day/1日3回

ตามด้วยนมหลังอาหาร/Follow-up milk/フォローアップミルク
 _____ มล./วัน/ml/day/日 _____ ครั้ง/วัน/time(s)/day/回/日

อาหารแข็ง/Solid food/固形食 วันละครั้ง/Once a day/1日1回 วันละสองครั้ง/ Twice a day/1日2回 3 ครั้งต่อวัน/3 times a day/1日3回
 *ความถี่ในการรับประทานอาหาร /Meal frequency/食事回数

ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนด้านล่าง แสดงคู่มือสุขภาพแม่และเด็กและสมุดบันทึกการฉีดวัคซีนแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
/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。

<input type="checkbox"/> ไข้หวัด /Hib _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> ไรโนไวรัส /Rotavirus/ロタ _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> วัณโรคคอตีบ /Pneumococcus/肺炎球菌 _____ ครั้ง/time(s)/回
<input type="checkbox"/> คางทูม/Mumps/おたふくかぜ _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> วัคซีนเตตรา /Tetra vaccine(DPT-IPV)/4種混合 (DPT-IPV) _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> วัคซีนสามเท่า (DPT) /Triple vaccine (DPT) /3種混合 (DPT) _____ ครั้ง/time(s)/回
<input type="checkbox"/> โรคตับอักเสบ B/B型肝炎 _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> โปลิโอไวรัสในช่องปาก /Oral poliovirus /経口ポリオ _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> บีซีจี/BCG /BCG _____ ครั้ง/time(s)/回
<input type="checkbox"/> โปลิโอไวรัส/不活化ポリオ _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> วัคซีนเอ็มอาร์/MR vaccine/MR _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> โรคตับอักเสบเอ/Hepatitis A /A型肝炎 _____ ครั้ง/time(s)/回
<input type="checkbox"/> โรคลัดอกฮิส /Chickenpox/水痘 _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> โรคหัด /Measles /麻疹 _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> โรคไขสมองอักเสบญี่ปุ่น /Japanese encephalitis /日本脳炎 _____ ครั้ง/time(s)/回
<input type="checkbox"/> หัดเยอรมัน /Rubella/風疹 _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> MMR/MMR _____ ครั้ง/time(s)/回	<input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other(s) /その他のワクチン : _____ ครั้ง/time(s)/回

หากคุณมีคำขอพิเศษเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ให้ทำเครื่องหมายในช่อง
/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。

ฉันต้องการทราบประมาณการค่ารักษาพยาบาลโดยประมาณล่วงหน้า /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。
 ฉันต้องการมีล่ามหากมีบริการล่ามให้บริการ /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。
 คนอื่น/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.
 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。