

Talatanungan sa Pediatrics/Pediatrics Questionnaire/小児科 問診票

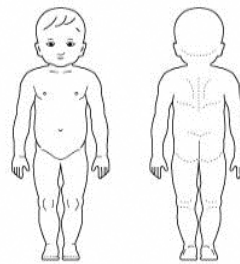
Pangalan ng pasyente/Name of patient /患者氏名				Para sa mga tauhan lamang /For staff only /医療機関記入欄	°C BT= min./min./ PR= 分 BP= mmHg. /mmHg RR= min./min./ SPO2= 分 %
Araw ng kapanganakan /Date of birth /生年月日 (西暦)	Taon /Year /年 (Buwan /Month /月 Taong gulang/Years old/歳)	Araw /Day /日		
Taas/Timbang/Height/Weight/身長・体重	cm/cm		kg/kg	kasarian/Sex/性別	<input type="checkbox"/> Lalaki/Male/男性 <input type="checkbox"/> Babae/Female/女性
Mga allergy/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> (mga) Pagkain/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Gamot/Medicine/薬:				

※Mangyaring maging handa na ipakita ang Handbook sa Kalusugan ng Ina at Bata at talaan ng gamot (notebook).
 /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。

Ano ang problema ngayon? (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop.)/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"/> Lagnat/Fever/発熱 | <input type="checkbox"/> Sakit/Pain/痛み | <input type="checkbox"/> Ubo/Cough/咳 | <input type="checkbox"/> Tumutulong sipon /Runny nose/ 鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> Pagsisikip ng ilong /Nasal congestion /鼻づまり | <input type="checkbox"/> Pagsusuka /Vomiting/嘔吐 | <input type="checkbox"/> Pagtatae/Diarrhea /下痢 | <input type="checkbox"/> Pagduduwal/Nausea /吐き気 |
| <input type="checkbox"/> Duguan ang dumi /Bloody stool/血便 | <input type="checkbox"/> Mga pantal /Hives/じんましん | <input type="checkbox"/> Eksema/Eczema /湿疹 | <input type="checkbox"/> Birthmark, pasa /Birthmark, bruise /あざ |
| <input type="checkbox"/> Pigsa/Boil/できもの | <input type="checkbox"/> Pantal/Rash/発疹 | <input type="checkbox"/> Tuyong balat/Dry skin /皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> Mga sintomas ng atopik/Atopic symptoms /アトピー |
| <input type="checkbox"/> Pagkawala ng malay /Loss of consciousness /意識がなくなる | <input type="checkbox"/> masama ang timpla /Bad mood /機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> Walang gana kumain /Loss of appetite /食欲がない | <input type="checkbox"/> Hindi umiinom ng gatas /Does not drink milk /ミルクを飲まない |
| <input type="checkbox"/> Pangangisay/Convulsion /けいれん | <input type="checkbox"/> Sakit sa tenga /Earache/耳痛 | <input type="checkbox"/> Konsultasyon sa pagpapaulad ng bata/Consultation on child development/発達相談 | <input type="checkbox"/> Konsultasyon sa pangangalaga ng batao/Consultation on child care /育児相談 |
| <input type="checkbox"/> Pagkonsulta sa allergy/Allergy consultation /アレルギーの相談 | Ako ay pinayuhan ng isa pang klinika/ospital (o sa isang regular na check-up) na pumunta dito./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"/> Pagbabakuna/Vaccination /ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s) /その他: | | |

Biligan ang lugar kung saan mo nararanasan ang sintomas./Circle the place where you are experiencing the symptom.
 /症状のある部分に○を付けて下さい。



Kung nilagyan mo ng check ang "Ako ay pinayuhan ng isa pang klinika na pumunta dito" sa tanong sa itaas, lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop sa ibaba.
 /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"/> Abnormalidad sa electrocardiogram/Abnormality in electrocardiogram /心電図異常 | <input type="checkbox"/> Pandak /Short height/低身長 | <input type="checkbox"/> Mahina ang pagtaas ng timbang /Poor weight gain /体重増加不良 | <input type="checkbox"/> Abnormalidad sa Urinalysis /Abnormality in Urinalysis /尿検査異常 | <input type="checkbox"/> Mabagal na pag-unlad ng wika/Slow language development /言葉の遅れ |
|--|---|--|---|--|

May mga sakit ba na kumakalat sa iyong paaralan, nursery o sa pamilya?/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。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい
- Kung oo, suriin ang (mga) sakit sa ibaba na kasalukuyang kumakalat.
 /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"/> Bulutong /Chicken pox /みずぼうそう | <input type="checkbox"/> Nakakahawang gastroenteritis /Infectious gastroenteritis /感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> Impeksyon ng streptococcal /Streptococcal infection /溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> Mga beke/Mumps /おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> Influenza/Influenza /インフルエンザ | <input type="checkbox"/> Hand, foot and mouth disease/Hand, foot and mouth disease/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> Herpangina /Herpangina /ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> Impeksyon sa adenovirus /Adenovirus infection /アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> Erythema infectiosum /Erythema infectiosum /りんご病 | <input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s) /その他: | | |

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

_____ taon /Year /年 _____ buwan /Month /月 _____ Araw /Day /日 _____ Mula sa/From about _____ : _____ am/am/pm/pm
 午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろから

Kasalukuyan ka bang umiinom ng anumang gamot, kabilang ang bitamina at nutritional supplement?/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。

- Hindi/No /いいえ Oo/Yes /はい
- *Ipakita sa amin ang iyong talaan ng gamot o gamot (notebook).
 /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。

	Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Pangalan ng mga gamot /Name of medications /お薬の名前	Paano inumin o gamitin ang iyong gamot/How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

Isulat ang tungkol sa iyong mga kondisyon sa kapanganakan. ※ Ipakita ang Handbook sa Kalusugan ng Ina at Bata. /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。

Nagkaroon ka ba ng anumang mga problema sa panahon ng panganganak?/Did you have any problems during labor or delivery? /分娩時に異常がありましたか。

- Hindi/No/いいえ Oo/Yes/はい Hindi alam/Do not know/わからない

Kung oo, ilarawan ang (mga) problema./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 /Breech presentation/骨盤位 Loop ng umbilical cord /Loop of umbilical cord/臍帯巻絡 Caesarean section /Caesarean section/帝王切開 Asphyxia ng bagong panganak /Neonatal asphyxia/新生児仮死

kapanganakan/Birth/出生時

Mga linggo ng pagbubuntis sa panganganak/Weeks of pregnancy at childbirth /出生時週数 : _____Linggo /Week/週 _____Mga araw /Days/日 Timbang/Weight /体重 : _____g/g
 taas/Height/身長 : _____cm/cm circumference ng ulo /Head circumference/頭囲 : _____cm/cm Sukat ng dibdib /Chest circumference/胸囲 : _____cm/cm

Nagamot ka na ba sa ibang ospital bago ang ospital na ito?/Have you been treated at any other hospital before this hospital? /当院に来るまでに、ほかの病院にかられましたか。

- Hindi/No/いいえ Oo/Yes/はい Kung Oo, isulat ang (mga) pangalan ng (mga) ospital na nagamot ka na dati. /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。

	Petsa ng konsultasyon /Date of consultation/受診日	Pangalan ng ospital/Hospital name /医療機関名	Reseta/Prescription /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> Oo/Yes/あり <input type="checkbox"/> Hindi/No/なし
②			<input type="checkbox"/> Oo/Yes/あり <input type="checkbox"/> Hindi/No/なし

Isulat ang lahat ng mga sakit na kasalukuyan kang ginagamot at anumang mga nakaraang sakit. /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。

- Hindi/No/いいえ Oo/Yes/はい Kung Oo, isulat ang (mga) pangalan ng (mga) ospital na nagamot ka na dati. /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。

	Mga pangalan ng sakit/Disease names /疾患名	Pag-unlad ng paggamot/Treatment progress /治療経過	Pangalan ng ospital/Hospital name /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療
②		<input type="checkbox"/> Gumaling/Recovered/治療 <input type="checkbox"/> Itinigil ang paggamot /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Kasalukuyang ginagamot/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Hindi ginagamot/Untreated/未治療

Ilarawan ang paraan ng pagpapakain. /Describe feeding method. /現在の食事の形態を教えてください。

- Pagpapainom ng gatas /Milk feeding/哺乳 Breast feeding lang /Breast feeding only/母乳栄養 Breast at formula milk /Breast plus formula milk/混合栄養 Formula milk lang /Formula milk only/人工栄養
 _____ml/araw/ml/day/日 _____oras/araw/time(s)/day/回/日
- Pagkain ng sanggol /Baby food/離乳食 Unang yugto/First period/初期 Pangalawang yugto/Second period/中期 Ikatlong yugto/Third period/後期
- *Dalas ng pagkain /Meal frequency/食事回数 Isang beses sa isang araw/Once a day/1日1回 Dalawang beses sa isang araw/ Twice a day/1日2回 3 beses sa isang araw/3 times a day/1日3回
- Matigas na pagkain/Solid food/固形食 Follow-up na gatas/Follow-up milk/フォローアップミルク _____ml/araw/ml/day/日 _____oras/araw/time(s)/day/回/日
- *Dalas ng pagkain /Meal frequency/食事回数 Isang beses sa isang araw/Once a day/1日1回 Dalawang beses sa isang araw/ Twice a day/1日2回 3 beses sa isang araw/3 times a day/1日3回

Suriin ang kasaysayan ng pagbabakuna sa ibaba. Ipakita sa mga medikal na kawani ang Handbook sa Kalusugan ng Ina at Bata at Aklat ng Rekord ng Pagbabakuna./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"/> Hib/Hib _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Rotavirus /Rotavirus/ロタ _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Pneumococcus /Pneumococcus/肺炎球菌 _____beses /time(s)/回 |
| <input type="checkbox"/> Mga beke /Mumps/おたふくかぜ _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Bakuna sa Tetra (DPT-IPV) /Tetra vaccine(DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Triple vaccine (DPT) /Triple vaccine (DPT) /3種混合 (DPT) _____beses /time(s)/回 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B /Hepatitis B/B型肝炎 _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Oral poliovirus /経口ポリオ _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> BCG/BCG _____beses /time(s)/回 |
| <input type="checkbox"/> Hindi aktibo na poliovirus/Inactivated poliovirus /不活化ポリオ _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> bakuna sa MR /MR vaccine/MR _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/Hepatitis A /A型肝炎 _____beses /time(s)/回 |
| <input type="checkbox"/> Bulutong /Chickenpox/水痘 _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Tigdas/Measles /麻疹 _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Japanese encephalitis /Japanese encephalitis /日本脳炎 _____beses /time(s)/回 |
| <input type="checkbox"/> Rubella /Rubella/風疹 _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> MMR/MMR _____beses /time(s)/回 | <input type="checkbox"/> Iba pa/Other(s) /その他のワクチン : _____beses /time(s)/回 |

Kung mayroon kang espesyal na kahilingan tungkol sa konsultasyon, lagyan ng check ang kahon. /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。

- Gusto kong malaman nang maaga ang aking tinantyang gastos sa pagpapagamot. /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。
- Gusto kong magkaroon ng interpreter kung may available na serbisyo ng interpreter. /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。
- Iba pa/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いますが、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.
 Ang pagsasaling ito sa Ingles ay inihanda sa ilalim ng pangangasiwa ng mga doktor, eksperto sa batas o iba pa. Kapag mayroong limitaw na anumang pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng kahulugan sa mga kaugay na wika o sistema, ang orihinal na Japanese ay bibigyan ng prioridad.