

Pediatrics Questionnaire/小兒科問診票

				اسم المريض /Name of patient /患者氏名
°C درجة الحرارة في الدقيقة/min/分 mmHg ضغط الدم في الدقيقة/min/分 %	BT=درجة حرارة الجسم PR=معدل النبض BP=ضغط الدم RR=معدل التنفس تشبع الأوكسجين في الدم=SPO2= للموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄	سنة/Year/年 (	شهر/Month/月 عاماً/Years old/歳)	تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日（西暦）
☐ أنثى/Female/女性 ☐ ذكر/Male/男性	الجنس/Sex/性別	<u>سم/cm</u> <u>كجم/kg</u>		الطول/Height/Weight/身長・体重
		☐	Food(s)/食べ物: (الأطعمة)	الحساسية /Allergies
		☐	Medicine/薬: (الدواء)	/アレルギーの有無

نُرجى الاستعداد لتقديم دليل صحة الأم والطفل ودليل الأدوية:*

/Please be prepared to present the Maternal and Child Health Handbook and medicine pocketbook.

母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)

/What is the problem today? (Check all that apply.)

1/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。）

ضع دائرة حول مكان ظهور الأعراض
/ Circle the place where you are experiencing the symptom.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



☐ وضع دائرة حول مكان ظهور الأعراض ☐ غثيان/Nausea/吐き気 ☐ وُحمة، رَضّة ☐ Birthmark, bruise ☐ /あざ ☐ أعراض تأتية ☐ Atopic symptoms ☐ /أتوبية ☐ عدم شرب الحليب ☐ Does not drink milk ☐ /ミルクを飲まない ☐ استشارات حول رعاية الطفل ☐ Consultation on child care ☐ /育児相談	☐ سيلان الأنف/Runny nose/鼻汁 ☐ إسهال/Diarrhea/下痢 ☐ الكزيماء/Eczema/湿疹 ☐ جفاف الجلد/Dry skin/皮膚の乾燥 ☐ فقدان الشهية ☐ Loss of appetite ☐ /食欲がない ☐ استشارات حول نمو الطفل ☐ Consultation on child development ☐ /発達相談 ☐ نصحتني عيادة/مستشفى أخرى (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا ☐ 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)	☐ ألم/Pain/痛み ☐ قيء/Vomiting/嘔吐 ☐ حُمى/Hives/じんましん ☐ طفح جلدي/Rash/発疹 ☐ سوء المزاج ☐ Bad mood ☐ /機嫌がわるい ☐ ألم في الأذن/Earache/耳痛 ☐ نصحتني عيادة/مستشفى أخرى (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا ☐ 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)	☐ حمى/Fever/発熱 ☐ احتقان الأنف/Nasal congestion ☐ /鼻づまり ☐ براز دموي/Bloody stool/血便 ☐ دمل/Boil/できもの ☐ فقدان الوعي ☐ Loss of consciousness ☐ /意識がなくなる ☐ تشنج/Convulsion/けいれん ☐ استشارة حساسية ☐ Allergy consultation ☐ /アレルギーの相談 ☐ تطعيم ☐ Vaccination ☐ /ワクチン接種
---	--	---	---

إذا اخترت "نصحتني عيادة/مستشفى آخر بالحضور إلى هنا" في السؤال أعلاه، فضع علامة على كل ما ينطبق أدناه.

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。

☐ بطء في تطور اللغة ☐ Slow language development ☐ /言葉の遅れ	☐ اضطرابات في تحليل البول ☐ Abnormality in Urinalysis ☐ /尿検査異常	☐ ضعف اكتساب الوزن ☐ Poor weight gain ☐ /体重増加不良	☐ بطء في تطور اللغة ☐ Short height ☐ /低身長
---	---	--	--

هل انتشرت أي أمراض في مدرستك أو حضانتك أو في عائلتك؟

/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。

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。 ☐ نعم/Yes/あり ☐ لا/No/なし											
☐	مرض اليد والقدم والفم /Hand, foot and mouth disease /手足口病	☐	الإنفلونزا /Influenza /インフルエンザ	☐	التكايف /Mumps /おたふくかぜ	☐	عدوى العقديات /Streptococcal infection /溶連菌感染症	☐	التهاب المعدة والأمعاء المعدي /Infectious gastroenteritis /感染性胃腸炎	☐	جدري الماء /Chicken pox /みずぼうそう
		☐	أخرى /Other(s)/その他 :	☐	الحمى العقدية /Erythema infectiosum /りんご病	☐	عدوى الفيروس الغدي /Adenovirus infection /アデノウイルス感染症	☐	النباح الحلثي /Herpangina /ヘルパンギーナ		

متى بدأ ظهور الأعراض؟

/When did the symptom start?

この症状はいつからありますか。

صباحاً/صباحاً am/pm : _____ منذ حوالي/From _____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月 _____ يوم/Day/日
 分ごろから 時 午前・午後

هل تتناول حالياً أي أدوية، بما في ذلك الفيتامينات والمكملات الغذائية؟

/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。

أظهر لنا الدواء أو دليل الأدوية*

/*Show us the medication or a medicine pocketbook.

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。

كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前		كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	
		④			①
		⑤			②
		⑥			③

1. 請م دليل صحة الأم والطفل.
 2. اكتب عن حالتك الصحية عند الولادة

1. Write about your conditions at birth.
 2. Present the Maternal and Child Health Handbook.
 3. 生まれた時のことを、お書きください。
 4. 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。

هل واجهت أي مشاكل أثناء المخاض أو الولادة؟
 Did you have any problems during labor or delivery ?
 分娩時に異常がありましたか。

1. No/なし
 2. Yes/あり
 3. Do not know/わからない
 4. لا أعرف

إذا كانت الإجابة "نعم"، فصف المشكلة (المشاكل).
 If yes, describe the problem(s).

1. 「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。

1. Breech presentation /骨盤位
 2. Loop of umbilical cord /臍帯巻絡
 3. Caesarean section /帝王切開
 4. Neonatal asphyxia /新生児仮死
 5. 胎位不正
 6. 臍帯の巻き
 7. 剖宮産
 8. 新生児仮死

Birth/出生時

أسابيع الحمل عند الولادة
 Weeks of pregnancy at childbirth
 出生時週数

1. Height/身長
 2. Head circumference /頭囲
 3. Weight/体重
 4. Chest circumference /胸囲
 5. 身長
 6. 頭囲
 7. 体重
 8. 胸囲

هل تلقيت العلاج في أي مستشفى آخر قبل هذا المستشفى؟
 Have you been treated at any other hospital before this hospital?

1. 当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب اسم (أسماء) المستشفى (المستشفيات) التي عولجت بها سابقا
 If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before.

1. 「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。

تاريخ الاستشارة Date of consultation 受診日	اسم المستشفى Hospital name 医療機関名	الوصفة الطبية Prescription 処方の有無
①		☐ Yes/あり ☐ No/なし
②		☐ Yes/あり ☐ No/なし

اكتب جميع الأمراض التي تتلقين علاجًا لها حاليًا وأي أمراض سابقة
 Write all diseases that you are currently being treated for and any past diseases.

1. 現在治療中、または過去の病気があればお書きください。

إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب اسم (أسماء) المستشفى (المستشفيات) التي عولجت بها سابقا
 If Yes, write the name(s) of hospital(s) that you have been treated before

1. 「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

أسماء الأمراض Disease names 疾患名	تقدم العلاج Treatment progress 治療経過	اسم المستشفى Hospital name 医療機関名
①	☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	☐ خاضع للعلاج ☐ غير خاضع للعلاج
②	☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断 ☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreatd/未治療	☐ خاضع للعلاج ☐ غير خاضع للعلاج

صف طريقة التغذية
 Describe feeding method.

1. 現在の食事の形態を教えてください。

1. Milk feeding/哺乳
 2. Breast feeding only/母乳栄養
 3. Breast plus formula milk/混合栄養
 4. Formula milk only/人工栄養
 5. 母乳
 6. 母乳のみ
 7. 母乳と母乳代用品の混合
 8. 人工栄養
 9. 離乳食
 10. 離乳食
 11. 食事回数
 12. 食事回数
 13. 食事回数
 14. 食事回数
 15. 食事回数
 16. 食事回数
 17. 食事回数
 18. 食事回数
 19. 食事回数
 20. 食事回数
 21. 食事回数
 22. 食事回数
 23. 食事回数
 24. 食事回数
 25. 食事回数
 26. 食事回数
 27. 食事回数
 28. 食事回数
 29. 食事回数
 30. 食事回数
 31. 食事回数
 32. 食事回数
 33. 食事回数
 34. 食事回数
 35. 食事回数
 36. 食事回数
 37. 食事回数
 38. 食事回数
 39. 食事回数
 40. 食事回数
 41. 食事回数
 42. 食事回数
 43. 食事回数
 44. 食事回数
 45. 食事回数
 46. 食事回数
 47. 食事回数
 48. 食事回数
 49. 食事回数
 50. 食事回数
 51. 食事回数
 52. 食事回数
 53. 食事回数
 54. 食事回数
 55. 食事回数
 56. 食事回数
 57. 食事回数
 58. 食事回数
 59. 食事回数
 60. 食事回数
 61. 食事回数
 62. 食事回数
 63. 食事回数
 64. 食事回数
 65. 食事回数
 66. 食事回数
 67. 食事回数
 68. 食事回数
 69. 食事回数
 70. 食事回数
 71. 食事回数
 72. 食事回数
 73. 食事回数
 74. 食事回数
 75. 食事回数
 76. 食事回数
 77. 食事回数
 78. 食事回数
 79. 食事回数
 80. 食事回数
 81. 食事回数
 82. 食事回数
 83. 食事回数
 84. 食事回数
 85. 食事回数
 86. 食事回数
 87. 食事回数
 88. 食事回数
 89. 食事回数
 90. 食事回数
 91. 食事回数
 92. 食事回数
 93. 食事回数
 94. 食事回数
 95. 食事回数
 96. 食事回数
 97. 食事回数
 98. 食事回数
 99. 食事回数
 100. 食事回数

تحقق من تاريخ التطعيم أدناه. أظهري دليل صحة الأم والطفل وسجل التطعيمات للطواقم الطبي
 Check the vaccination history below. Show medical staff the Maternal and Child Health Handbook and Vaccination Record Book.

1. ワクチン接種歴を下記に書いてください。
 2. 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。

①	Hib/Hib لقاح المستدمية النزلية من النوع ب	②	Rotavirus/ロタ	③	المكورات الرئوية Pneumococcus 肺炎球菌
④	Mumps/おたふくかぜ	⑤	Tetra vaccine(DPT-IPV) 4種混合 (DPT-IPV)	⑥	DPT Triple vaccine (DPT) 3種混合 (DPT)
⑦	Hepatitis B B型肝炎	⑧	Poliovirus 経口ポリオ	⑨	BCG BCG BCG
⑩	Inactivated poliovirus 不活化ポリオ	⑪	MR/MR vaccine	⑫	Hepatitis A A型肝炎
⑬	Chickenpox 水痘	⑭	Measles 麻疹	⑮	Japanese encephalitis 日本脳炎
⑯	Rubella 風疹	⑰	MMR/MMR	⑱	Other(s) その他のワクチン

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيرجى وضع علامة في المربع
 If you have a special request concerning the consultation, check the box.

1. 診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

1. I want to be informed of my estimated medical expenses in advance.
 2. あらかじめ、医療費の概算を教えてください。

1. I want to have an interpreter if an interpreter service is available.
 2. 通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

1. Other(s)/その他

أعنت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غير هم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.
 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。