

患者氏名：  
患者 ID：

## Medical Questionnaire (Pediatrics)/小児科 問診票

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

<b>Patient name/ 患者氏名</b>	<b>Date/ 日付</b>	year	month	day
		/ 年	/ 月	/ 日
<b>Date of birth/ 生年月日</b>	year/ 年	month/ 月	day/ 日	<b>Sex/ 性別</b>
				<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Height and weight/ 身長・体重</b>	cm	kg	<b>Age/ 年齢</b>	years old/ 歳
<b>Language/ 言語</b>	<b>Nationality/ 国籍</b>			

**Living condition/ 生活状況**

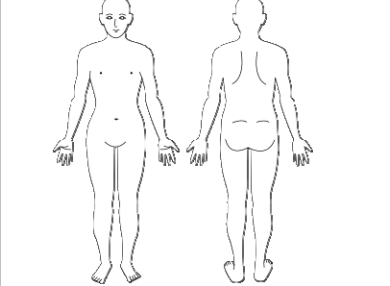
With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
  Have young children/ 幼い子どもがいる  
 Aged household/ 高齢者世帯
  Living alone/ 独居
  Single parent/ 母子家庭  
 Other/ その他( )

**Employment/ 職業**

Full-time/ 常勤雇用
  Part-time/ パートタイム
  Self-employed/ 自営業  
 Retired/ 退職
  Unemployed/ 無職

**Where are your symptoms located?/ どの部位の症状ですか？**

Please circle the affected area(s) in the diagram on the right.  
/ 症状のあるところに丸をしてください。



**What symptoms do you have?/ どのような症状ですか？**

Fever/ 熱がある
  Pain/ 痛い
  Cough/ せき
  Seizures/ ひきつけをおこす  
 Swelling/ むくみ
  Rash/ 発しん
  Ringing in the ear/ 耳鳴り
  Loss of appetite/ 食欲がない  
 Nausea/ 吐き気
  Vomiting/ 嘔吐
  Diarrhea/ 下痢
  Bloody stools/ 血便  
 Loss of consciousness/ 意識がなくなる
  Bad mood/ 機嫌が悪い
  Lethargic/ 元気がない  
 Poor weight gain/ 体重の増加不良
  Other/ その他( )

**When did the symptoms start?/ それはいつからですか？**

Since approximately: \_\_\_\_\_ year/ 年 \_\_\_\_\_ month/ 月 \_\_\_\_\_ day/ 日ごろから

**What type of medicines can you take?/ どんな種類の薬が飲めますか？**

Syrup/ シロップ
  Powder/ 粉薬
  Pills or capsules/ 錠剤またはカプセル

**Circumstances at birth/ 出産の時のようす**

Birth weight/ 赤ちゃんの体重: \_\_\_\_\_ g
 Mother's age/ 母親の年齢: \_\_\_\_\_ years old/ 歳  
 Normal delivery/ 正常分娩
  Abnormal delivery/ 異常分娩
  Cesarean section/ 帝王切開

**Vaccinations already administered/ 接種済み予防接種**

Haemophilus influenzae b (Hib)/ ヒブ
  Pneumococcus/ 肺炎球菌
  Polio/ ポリオ  
 Measles, mumps, and rubella (MMR)/ 三種混合
  Diphtheria, pertussis, tetanus, and polio (DPT-IPV)/ 四種混合  
 Measles and rubella (MR)/ 麻しん・風しん混合
  Mumps/ おたふく風邪
  Varicella (chickenpox)/ 水ぼうそう  
 Japanese encephalitis/ 日本脳炎
  BCG/ BCG
  Rotavirus/ ロタウィルス
  Other/ その他( )

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

**Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか？** Yes/ はい(Disease/ 病名: \_\_\_\_\_) No/ いいえ**Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか？** Yes/ はい →  Medication/ 薬  Food/ 食べ物  Other/ その他( \_\_\_\_\_ ) No/ いいえ**Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか？** Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください No/ いいえ**Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか？** Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気  Liver disease/ 肝臓の病気  Heart disease/ 心臓の病気 Kidney disease/ 腎臓の病気  Respiratory disease/ 呼吸器の病気  Blood disease/ 血液の病気 Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気  Cancer/ 癌 Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気  Diabetes/ 糖尿病  Other/ その他 ( \_\_\_\_\_ )**How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？**

Age: \_\_\_\_\_(years old)/ 歳

**Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？** Yes/ はい  No/ いいえ**When was the surgery?/ いつごろですか？**

Approximately: \_\_\_\_\_year/ 年\_\_\_\_\_month/ 月 (type of surgery/ 手術名: \_\_\_\_\_)

**Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？** Yes/ はい →  General anesthesia/ 全身麻酔  Local anesthesia/ 局所麻酔 No/ いいえ**Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？** Yes/ はい  No/ いいえ**Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？** Yes/ はい  No/ いいえ**Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？** Yes/ はい  No/ いいえ**Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？** Yes/ はい  No/ いいえ