

小儿科 问诊表/小児科 問診票

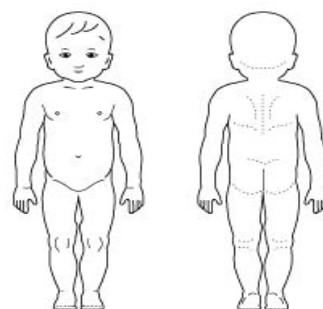
患者姓名 /患者氏名		医疗机构填写处 /医療機関記入欄	BT=	℃
出生年月日(公历) /生年月日(西曆)	年/年 月/月 日/日 (岁/歳)		PR=	/分
身高、体重 / 身長・体重	厘米/cm 公斤/kg		BP=	mmHg
有无过敏 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 食物/食べ物: <input type="checkbox"/> 药/薬:	性别/性別	RR=	/分
			SPO2=	%
			<input type="checkbox"/> 男孩/男児 <input type="checkbox"/> 女孩/女児	

**※携带母子健康手册、用药手册的患者，请准备好
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。**

**今天有什么症状？(如果有多项的相关症状，请全部划勾。)
/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"/> 热/熱 | <input type="checkbox"/> 疼痛/痛み | <input type="checkbox"/> 咳嗽/咳 | <input type="checkbox"/> 鼻涕/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> 鼻塞/鼻づまり | <input type="checkbox"/> 呕吐/嘔吐 | <input type="checkbox"/> 腹泻/下痢 | <input type="checkbox"/> 恶心/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> 便血/血便 | <input type="checkbox"/> 荨麻疹或风疹
/じんましん | <input type="checkbox"/> 湿疹/湿疹 | <input type="checkbox"/> 紫斑/あざ |
| <input type="checkbox"/> 肿物或疙瘩/できもの | <input type="checkbox"/> 发疹/発疹 | <input type="checkbox"/> 皮肤干燥/皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> 特异性皮炎
/アトピー |
| <input type="checkbox"/> 不喝奶/ミルクを飲まない | <input type="checkbox"/> 情绪低落/機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> 没有食欲
/食欲がない | <input type="checkbox"/> 耳朵疼/耳痛 |
| <input type="checkbox"/> 痉挛/けいれん | <input type="checkbox"/> 神志不清/意識がなくなる | <input type="checkbox"/> 成长咨询/発達相談 | <input type="checkbox"/> 育儿咨询
/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> 过敏症咨询
/アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> 其他医疗机构建议就诊(包括体检)
/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"/> 疫苗接种
/ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> 其他/その他: | | |

**请在出现症状的部位上划圈。
/症状のある部分に○を付けて下さい。**



***在“体检时被建议就诊”上划勾的患者，请在相关的项目上划勾。
/「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"/> 心电图异常/心電図異常 | <input type="checkbox"/> 身材矮小/低身長 | <input type="checkbox"/> 体重增加缓慢
/体重増加不良 | <input type="checkbox"/> 尿检查异常
/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> 语言发育迟缓
/言葉のおくれ |
| <input type="checkbox"/> 其他/その他: | | | | |

**学校、托儿所、家庭里是否有流行的疾病？
/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。**

- 否/なし 是/あり →在“是”上划勾的患者，请在相关的流行疾病上划勾。
/「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"/> 水痘
/みずぼうそう | <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎
/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 溶血性链球菌感染
症/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 腺病毒感染/アデノ
ウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> 传染性红斑
/りんご病 | <input type="checkbox"/> 手足口病/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> 疱疹性咽峡炎
/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 流行性感冒
/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 传染性肠胃炎
/感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> 其他/その他: | | |

**该症状是从什么时候开始的？
/この症状はいつからありますか。**

从 _____ 年/年 _____ 月/月 _____ 日/日 上午/午前、下午/午後 _____ 点/時 _____ 分左右开始/分ごろから

**目前是否有在服用的药物？*包括维生素、营养剂和保健品。
/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。**

- 否/いいえ 是/はい *携带药物或“用药手册”的患者，请出示
/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。

	药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方		药物的名称 /お薬の名前	服药、用药的方法 /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

请填写出生时的信息 *携带母子健康手册的患者, 请把手册提交给工作人员。
/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。

分娩时是否有异常?
/分娩時に異常がありましたか。
 否/いいえ 是/はい 不知道/わからない

→在“是”上划勾的患者, 请填写分娩时的异常
/「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。

- 胎儿臀位/骨盤位 脐带缠绕/臍帯巻絡 剖腹产/帝王切開 新生儿窒息/新生児仮死

出生时/出生時

出生时的周数 /出生時週数 : _____周/週 _____日/日 体重/体重 : _____克/g
身高/身長 : _____厘米/cm 头围/頭圍 : _____厘米/cm 胸围/胸圍 : _____厘米/cm

在本院就诊以前, 是否已在其他医院就诊?
/当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

否/いいえ 是/はい →在“是”上划勾的患者, 请填写接受治疗的医疗机构的名称。
/「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。

	就诊日 / 受診日	医疗机构名称 / 医療機関名	有无处方 / 処方の有無
①			<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 无/なし
②			<input type="checkbox"/> 有/あり <input type="checkbox"/> 无/なし

如有, 请填写目前正在治疗中或者以前曾经治疗过的疾病。
/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/いいえ 是/はい →在“是”上划勾的患者, 请填写接受治疗的医疗机构的名称。
/「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。

	疾病名称 / 疾患名	治疗经过 / 治療経過	医疗机构名称 / 医療機関名
①		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	
②		<input type="checkbox"/> 治愈/治癒 <input type="checkbox"/> 正在治疗中/現在治療中 <input type="checkbox"/> 治疗中断/治療中断 <input type="checkbox"/> 没有治疗/未治療	

请填写现在的饮食的情况。
/現在の食事の形態を教えてください。

- 母乳喂养/哺乳 母乳营养/母乳栄養 毫升/天 / ml/日 混合营养/混合栄養 次/天 / 回/日 人工营养/人工栄養
- 断奶食品/離乳食 初期/初期 中期/中期 后期/後期
*饮食次数/食事回数 1次/天 / 1回/日 2次/天 / 2回/日 3次/天 / 3回/日
- 配方奶粉/フォローアップミルク 毫升/天 / ml/日 次/天 / 回/日
- 固体食物/固形食 *饮食次数/食事回数 1次/天 / 1回/日 2次/天 / 2回/日 3次/天 / 3回/日

请在下面填写疫苗接种史。携带母子手册、疫苗接种手册的患者, 请出示给工作人员。
/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 _____次/回 轮状/ロタ _____次/回 肺炎球菌/肺炎球菌 _____次/回
- 流行性腮腺炎/おたふくかぜ _____次/回 4种混合 (DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____次/回 3种混合 (DPT) /3種混合 (DPT) _____次/回
- 乙型肝炎/B型肝炎 _____次/回 口服脊髓灰质炎疫苗、口服小儿麻疹疫苗/経口ポリオ _____次/回 BCG /BCG _____次/回
- 脊髓灰质炎灭活疫苗/不活化ポリオ _____次/回 MR/MR _____次/回 甲型肝炎/A型肝炎 _____次/回
- 水痘/水痘 _____次/回 麻疹/麻疹 _____次/回 日本脑炎/日本脳炎 _____次/回
- 风疹/風疹 _____次/回 MMR/MMR _____次/回 其他的疫苗 /その他のワクチン: _____次/回

如在就诊时有以下的要求, 请划勾。
/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 请事先告诉医疗费的大概金额 /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- 如有翻译时, 请派翻译/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- 其他/その他 :