

소아과 문진표/小兒科 問診票

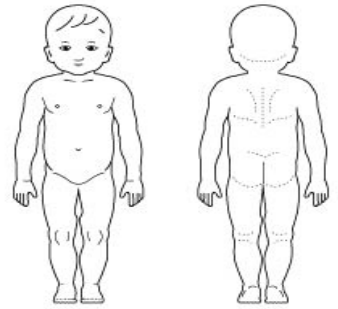
환자성명 /患者氏名				의료기관 기입란 /医療機関記入欄	BT=	℃
생년월일(양력) /生年月日(西曆)	년/年	월/月	일/日		PR=	/分
	(세/歳)			BP=	mmHg	
신장/체중 / 身長・体重	cm	kg		RR=	/分	
알레르기 유무 /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 음식물/食べ物 : <input type="checkbox"/> 약/薬 :			SPO2=	%	
				성별/性別	<input type="checkbox"/> 남아/男児 <input type="checkbox"/> 여아/女児	

※모자건강수첩, 약수첩을 가진 분은 준비해 주십시오.
/母子健康手帳、お薬手帳をお持ちの方は、ご用意ください。

오늘은 어떤 증상이 있습니까? (복수 있을 경우 모두 해 주십시오)
/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"/> 발열/熱 | <input type="checkbox"/> 통증/痛み | <input type="checkbox"/> 기침/咳 | <input type="checkbox"/> 콧물/鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> 코막힘/鼻づまり | <input type="checkbox"/> 구토/嘔吐 | <input type="checkbox"/> 설사/下痢 | <input type="checkbox"/> 구역질/吐き気 |
| <input type="checkbox"/> 혈변/血便 | <input type="checkbox"/> 두드러기
/じんましん | <input type="checkbox"/> 습진/湿疹 | <input type="checkbox"/> 명/あざ |
| <input type="checkbox"/> 중기/できもの | <input type="checkbox"/> 발진/発疹 | <input type="checkbox"/> 피부 건조
/皮膚の乾燥 | <input type="checkbox"/> 아토피/アトピー |
| <input type="checkbox"/> 우유를 안 마신다
/ミルクを飲まない | <input type="checkbox"/> 떼를 쓰다
/機嫌がわるい | <input type="checkbox"/> 식욕이 없다
/食欲がない | <input type="checkbox"/> 귀 통증/耳痛 |
| <input type="checkbox"/> 경련 /けいれん | <input type="checkbox"/> 의식을 잃다/意識
がなくなる | <input type="checkbox"/> 발달상담/発達相談 | <input type="checkbox"/> 육아상담
/育児相談 |
| <input type="checkbox"/> 알레르기 상담
/アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> 타 의료기관에서 수진을 권유함(건강검진 포함)
/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"/> 백신 접종
/ワクチン接種 | <input type="checkbox"/> 기타/その他: | | |

증상이 있는 부분에 ○표시를 하십시오.
/症状のある部分に○を付けて下さい。



→“건강검진에서 수진을 권유함”에 하신 분은 해당 사항에 해 주십시오.
/「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"/> 심전도 이상/心電図異常 | <input type="checkbox"/> 저신장/低身長 | <input type="checkbox"/> 체중 증가불량
/体重増加不良 | <input type="checkbox"/> 소변검사 이상
/尿検査異常 | <input type="checkbox"/> 언어 지체
/言葉のおくれ |
| <input type="checkbox"/> 기타/その他 | | | | |

학교, 보육원, 가정에서 유행중인 질병은 있습니까?
/学校や保育所、家族内で流行している病気はありますか。

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 없음/なし | <input type="checkbox"/> 있음/あり | →“있음”에 <input checked="" type="checkbox"/> 하신 분은 유행중인 질병에 <input checked="" type="checkbox"/> 해 주십시오.
/「あり」に <input checked="" type="checkbox"/> された方は、どの病気が流行しているか、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 수두
/みずぼうそう | <input type="checkbox"/> 유행성 이하선염
/おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 용連균 감염증
/溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 아데노 바이러스 감
염증/アデノウイル
ス感染症 | <input type="checkbox"/> 전염성 홍반
/りんご病 | <input type="checkbox"/> 수족구병/手足口病 |
| <input type="checkbox"/> 헤르판지나
/ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 독감
/インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 감염성 위장염/感染
性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> 기타/その他: | | |

이 증상은 언제부터 있습니까?
/この症状はいつからありますか。

____년/年 ____월/月 ____일/日 오전/午前/오후/午後 ____시/時 ____분/分 경 부터/ごろから

현재 복용중인 약은 있습니까? ※비타민, 영양제, 건강보조식품 포함.
/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。

- 아니오/いいえ 예/はい ※약 혹은 “약수첩”이 있을 경우 제시해 주십시오.
/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。

	약품명 /お薬の名前	복용 방법/사용법 /飲み方・使い方		약품명 /お薬の名前	복용 방법/사용법 /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

태어났을 때 상황을 기입해 주십시오. ※모자건강수첩을 가지신 분은 수첩을 직원에게 건내주십시오.
 /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。

분만하실 때 이상이 있었습니까?
 /分娩時に異常がありましたか。

- 아니오 /いいえ 예 /はい 잘 모름 /わからない

→"예"에 하신 분은 어떤 이상이 있었는지 적어주십시오.
 /「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。

- 골반위/骨盤位 제대권락/臍帶卷絡 제왕절개/帝王切開 신생아 가사/新生児仮死

출생시/出生時

출생시 주수 /出生時週数 : _____주/週 _____일/日 체중/体重 : _____gr/g

신장/身長 : _____cm/cm 머리둘레/頭圍 : _____cm/cm 가슴둘레/胸圍 : _____cm/cm

저희 병원에 오시기 전에 다른 병원에서 진료를 받으셨습니까?
 /当院に来るまでに、ほかの病院にかかられましたか。

- 아니오 /いいえ 예/はい →'예'를 하신 분은 치료한 의료기관명을 기입해 주십시오.
 /「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。

	수진날짜 /受診日	의료기관명 /医療機関名	처방의 유무 /処方の有無
①			<input type="checkbox"/> 있음/あり <input type="checkbox"/> 없음/なし
②			<input type="checkbox"/> 있음/あり <input type="checkbox"/> 없음/なし

현재 치료중, 또는 과거에 질병이 있으면 기입해 주십시오.
 /現在治療中、または過去の病気があればお書きください。

- 아니오 /いいえ 예/はい →'예'를 하신 분은 치료한 의료기관명을 기입해 주십시오.
 /「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。

	질환명 /疾患名	치료경과 /治療経過	의료기관명 /医療機関名
①		<input type="checkbox"/> 치유/治療 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	
②		<input type="checkbox"/> 치유/治療 <input type="checkbox"/> 현재 치료중/現在治療中 <input type="checkbox"/> 치료 중단/治療中断 <input type="checkbox"/> 치료 안함/未治療	

현재의 식사 형태를 알려주십시오.
 /現在の食事の形態を教えてください。

- 보유/哺乳 모유영양/母乳栄養 혼합영양/混合栄養 인공영양/人工栄養
 _____ ml/일 / ml/日 _____ 회/일 / 回/日
- 이유식/離乳食 초기/初期 중기/中期 후기/後期
 *식사횟수/食事回数 1회/일 / 1回/日 2회/일 / 2回/日 3회/일 / 3回/日
- 고형식/固形食 이유키 우유/フォローアップミルク
 *식사횟수/食事回数 1회/일 / 1回/日 2회/일 / 2回/일 3회/일 / 3回/일

백신 접종력을 아래에 기입해 주십시오. 모자수첩, 백신수첩을 가지신 분은 직원에게 보여주십시오.
 /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 _____회/回 | <input type="checkbox"/> 로타백신/ロタ _____회/回 | <input type="checkbox"/> 폐렴구균/肺炎球菌 _____회/回 |
| <input type="checkbox"/> 유행성 이하선염 /おたふくかぜ _____회/回 | <input type="checkbox"/> 4종혼합(DPT-IPV) /4種混合 (DPT-IPV) _____회/回 | <input type="checkbox"/> 3종혼합(DPT) /3種混合(DPT) _____회/回 |
| <input type="checkbox"/> B형 간염/B型肝炎 _____회/回 | <input type="checkbox"/> 경구 폴리오 /経口ポリオ _____회/回 | <input type="checkbox"/> BCG/BCG _____회/回 |
| <input type="checkbox"/> 불활화 폴리오 /不活化ポリオ _____회/回 | <input type="checkbox"/> MR/MR _____회/回 | <input type="checkbox"/> A형 간염 /A型肝炎 _____회/回 |
| <input type="checkbox"/> 수두/水痘 _____회/回 | <input type="checkbox"/> 홍역/麻疹 _____회/回 | <input type="checkbox"/> 일본뇌염/日本脳炎 _____회/回 |
| <input type="checkbox"/> 풍진/風疹 _____회/回 | <input type="checkbox"/> MMR/MMR _____회/回 | <input type="checkbox"/> 기타 백신 /その他のワクチン : _____회/回 |

진찰에서 요망사항이 있으실 경우 해 주십시오.
 /診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- 의료비용이 얼마 드는지 미리 알고싶다 /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- 통역이 있을 경우 서비스를 받고 싶다/通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- 기타/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。本資料は 의사 및 법률 전문가들의 감수를 받아 작성하였으나 일본과 외국의 언어 및 제도 차이로 인해 해석 차이가 발생하였을 경우 일본어가 우선적으로 적용됩니다.