

Pediatrics Questionnaire

英語 English

ニックネーム		性別 Sex	体重 Weight	体温 Body temperature
氏名 Name		<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	kg	°C
生年月日 Date of birth	Year/年	Month/月	Day/日	年齢 Years old/歳
住所 Address	〒 -			
電話 Tel	() -	兄弟 人中の 番目		

1. 気になること、心配なことはなんですか？ What is your symptom today? (Check all that apply.)

Fever/発熱 Cough/咳 Runny nose/鼻汁 Nausea/吐き気
 Vomiting/嘔吐 Diarrhea/下痢 Pain/痛み Eczema/湿疹
 Other(s)/その他：

2. その症状はいつからありますか？ When did the symptom start?

_____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日 From about _____ : _____ am/pm

3. 当院にくる前に、他の病院にかかられましたか？

Have you been treated at any other hospital before this hospital? Yes • No

4. 現在、飲んでいるおくすりはありますか？

Are you currently on any medication? Yes • No

「はい」の方 → おくすり手帳を受付へお出しください
 Yes → Show us the medication or a medicine pocketbook.

5. 食物アレルギー、薬のアレルギーはありますか？ Allergies Yes • No

Food(s)/食べ物: _____ Medicine/薬: _____

6. 周囲で流行している病気はありますか？ Yes • No

Have any diseases been spreading in your school, nursery or in the family?

Yes→ Chicken pox 水痘 Mumps おたふく Influenza インフルエンザ
 Erythema infectiosum りんご病 Other(s) その他：

Please write about your conditions at birth.	生まれた時のことをお聞かせください
--	-------------------

8. 生まれたときの週数、体重をご記入ください。 Birth

Weeks of pregnancy at childbirth 週数: _____ week/週 _____ days/日

Weight/体重: _____ g

9. 分娩時に異常はありましたか？

Did you have any problems during labor or delivery? Yes • No

Yes→ Breech presentation/骨盤位 Neonatal asphyxia/新生児仮死
 Loop of umbilical cord/臍帯巻絡 Caesarean section/帝王切開

ご協力ありがとうございました。

Thank you.

