

Pediatric Inquiry Form 小児科問診票

Year Month Day
20 年 月 日

It is very important to know the child's medical history and state of health. All information given here is strictly confidential.
お子様の既往症と体調を事前に把握しておく事は大切な事です。個人情報の秘匿は守られます。

Parent/Guardian Information 親・保護者の情報

フリガナ:
Last name 姓 First name(s) 名 _____
Male 男 Female 女 Nationality 国籍 _____ Language(s) 言語 _____
Occupation 職業 Address _____
Phone number 電話 in Japan _____
E-mail/fax メール・ファックス _____ 日本での住所 _____
Relationship to the child お子様との関係 _____

Child Information お子様の情報

フリガナ:
Last name 姓 First name(s) 名 _____
Male 男 Female 女 Date of Birth 生年月日 Year: _____ Month: _____ Day: _____
Language(s) 言語 _____

Chief Complaint(s) 主訴

Fever, high temperature 熱 _____ °C
 Cough 咳
 Nose bleed 鼻血
 Reddish urine 赤っぽい尿
 Chill 寒気
 Pale complexion 顔色が優れない
 Ear discharge 耳漏
 Frequent urination 頻尿
 Headache 頭痛
 Rash 発疹
 Nausea 吐き気
 Burning sensation while urinating 排尿時灼熱感
 Sore throat 咽頭痛
 Irritable 機嫌が悪い
 Vomiting 嘔吐
 Weight loss 体重減少
 Runny nose 鼻水
 Lethargic ぐったりし
 Diarrhea 下痢
 Poor appetite 食欲不振
 Not playful 元気がない
 Bloody stool 血便
 Other (please write) 他 _____

How long has he/she had this? どのくらい? _____ hour(s) 時間 day(s) 日間 week(s) 週間 month(s) ヶ月 _____ year(s) 年間

Illness and Surgical History 既往歴、手術歴

Please select any illnesses your child has had. 該当する疾患に印をつけて下さい

Asthma 喘息
 Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎
 Pneumonia 肺炎
 Tonsillitis 扁桃腺炎
 Otitis media 中耳炎
 Febrile convulsions or Epilepsy 熱性痙攣、てんかん
 Dehydration 脱水
 Appendicitis 虫垂炎
 Meningitis 髄膜炎
 Chickenpox 水痘
 Mumps おたふくかぜ
 Rubella 風疹
 Measles 麻疹
 Exanthema subitum 突発性発疹
 MCLS (Kawasaki disease) 川崎病
 Tuberculosis 結核
 Other (please write) 他 _____

If he/she still has any of the problems above, please give details. もしまだ症状があれば、詳細を書いて下さい。

Has he/she had any operations before? 手術歴

No Yes What? 何の手術 _____

Family History 家族歴

Please select any illnesses the child's immediate family have had. 親族での

High blood pressure 高血圧
 Diabetes 糖尿病
 Kidney disease 腎臓病
 Liver disease 肝臓病
 Cancer 癌
 Hereditary diseases 遺伝子関連疾患
 Other (please write) _____

Go to REVERSE SIDE

Allergies アレルギー

Has the child ever been allergic to anything? (medicine, food, other) アレルギーの有無(薬、食べ物、他)

No Yes What? 何を

Has he/she had side effects caused by medicine? 薬の副作用の有無

No Yes Which medicine? 薬名

Has he/she had problems after having a local or general anesthetic? 全身又は局所麻酔歴

No Yes What? 何を

Medication 薬

Is the child currently taking prescribed or over-the-counter medicine(s)? 今、処方薬又は売薬を服用していますか

No Yes What for? 何の為

Birth History 出産時の状態

Weight at birth 出生時体重 _____Kg □ □ Height at birth 出生時身長 _____cm □ □ Apgar score アプガー・スコア _____

Delivery: 分娩 Normal 正常 Complicated 異常 Caesarian section 帝王切開 Forceps used かんし分娩

Was an incubator used? 保育器の使用 No Yes How many days? 何日間 _____

Was oxygen used? 酸素の使用 No Yes What for? 何故 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ How many days? 何日間 _____

Was there jaundice which needed treatment? 治療の必要な黄疸 No Yes

Write the cause and type of treatment. 原因と治療法

Did the child return home with the mother? 母親と一緒に退院 No Yes

Why not? 何故

Vaccination History 予防接種歴

Please select those already immunized. 済ました予防接種に印を付けてください

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Polio ポリオ | <input type="radio"/> HBV (Hepatitis B) B型肝炎 | <input type="radio"/> Measles ハシカ |
| <input type="radio"/> DPT 三種混合 | <input type="radio"/> Pneumococcal vaccine 肺炎球菌 | <input type="radio"/> Rubella 風疹 |
| <input type="radio"/> DPT-IPV 四種混合 □ | <input type="radio"/> Japanese B encephalitis 日本脳炎 | <input type="radio"/> Mumps おたふくかぜ |
| <input type="radio"/> BCG ビーシージー | <input type="radio"/> Flu インフルエンザ | <input type="radio"/> MR (Measles & Rubella) ハシカ・風疹混 □ |
| <input type="radio"/> Chickenpox 水痘 | <input type="radio"/> Hib (Haemophilus Influenza type B) B型インフルエンザ菌ワクチン | <input type="radio"/> MMR (Measles, Mumps & Rubella) ハシカ・風疹・おたふくかぜ混合 |

Other (please write) 他

Treatment Preferences and Medical Fees 治療の希望と医療費

Is the child covered by Japanese Health Insurance or private medical insurance? 日本の保険証又は他の私的医療保険証をお持ちですか

No Yes

Do you only want treatment for the child's main problem? 現在困っている問題の治療のみ希望しますか

No Yes Not sure わからない

Please return this form. Thank you.