

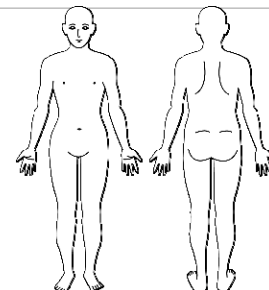
患者氏名:

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 / 年	month / 月	day / 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>		



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

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

**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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気        | <input type="checkbox"/> Liver disease/ 肝臓の病気        | <input type="checkbox"/> Heart disease/ 心臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease/ 腎臓の病気                  | <input type="checkbox"/> Respiratory disease/ 呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> Blood disease/ 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気 | <input type="checkbox"/> Cancer/ 癌                   |   |
| <input type="checkbox"/> Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気          | <input type="checkbox"/> Diabetes/ 糖尿病               | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_)

Thank you      さいたま北部医療センター