KEIYU HOSPITAL

DATE / / /

Pediatrics Initial Consultation Questionnaire

（小児科初診問診票）

Name Age ID

☐male／☐Female Height cm ／Weight kg／Body Temperature ℃

■Indicate the reason(s) for your visit. （来院の理由はなんですか）

☐Fever（発熱）Since_____month_____day Temperature:_____℃

☐Cough（咳） Since_____month_____day ☐Runny nose（鼻水）Since_____month_____day

☐Rash（発疹 ） Since_____month_____day

☐Diarrhea（下痢） Since_____month_____day _____time

☐Vomiting（嘔吐） Since_____month_____day _____time

☐Abdominal pain（腹痛） ☐Headache（頭痛）

☐Others（その他の症状および心配なことなど）

_____

■Indicate if you have had any of the following illnesses.

(今までかかった病気のことなどをお知らせ下さい。)

☐Measles（はしか） ☐Chicken pox（水ぼうそう） ☐Mumps （おたふくかぜ） ☐Rubella（風疹）

☐Asthma（ぜんそく） ☐Febrile seizure（熱性けいれん）

☐Other（その他） _____

■Do you have any allergies?

（アレルギーは何かありますか）

☐No・☐Yes, to_____

■What vaccinations have you already received? （次の予防接種はすんでいますか？）

☐Measles・Rubella（はしか・風疹（MR）） ☐BCG ☐Polio（ポリオ）

☐DPT or DPT-IPV(triple combined vaccine or quadruple combined vaccine)（三種混合あるいは四種混合）

☐Mumps （おたふくかぜ） ☐Chicken pox（水ぼうそう） ☐Pneumococcal (Prevnar)（肺炎球菌（プレベナー））

☐Haemophillus influenza （インフルエンザ菌（Hib）） ☐Rotavirus（ロタウイルス）

■Indicate your family members. （家族構成をお知らせ下さい。）

☐Father（父） ☐Mother（母） ☐Older brother（兄） ☐Older sister（姉）

☐Younger brother（弟） ☐Younger sister（妹）

☐Other（その他） How many family members do you have? （何人家族ですか？）（ ）

Continues to the back

■Does anyone in your family have any of the following illnesses?

（現在病気の方、あるいは次のような方がいらしたらお書き下さい。）

□Allergy（アレルギー性疾患） □Asthma（ぜんそく） □Febrile seizure（熱性けいれん）

□Neuropathy(epilepsy ,etc) （神経疾患（てんかんなど））

Family member(s): _____

（家族のどなたが療養中ですか？）

■Are you currently taking any medication?

（現在何か薬を飲まれていますか）

□No □Yes（name of medicine：_____）

■Do you have any medical referrals? □No □Yes

（紹介状はお持ちですか）

■Questionnaire about your baby.

（赤ちゃんの頃のことをおたずねします。）

①Were there any complications during your pregnancy?

（お子さんを妊娠中のお母様の健康状態はいかがでしたか）

□No □Yes, specifically_____

②Tell us about the delivery of your baby.

（お子さんを分娩されたときの様子について）

Gestational age（在胎週数）_____week Birth weight（出生時体重）_____g

Neonatal asphyxia（仮死）（□yes あり □no なし）

Jaundice（黄疸）（ □heavy 強 □moderate 中 □slight 弱 □no なし）

③When was your baby able to hold his/her head up? at about_____months

（くびがすわったのは）

When was your baby able to sit up? at about_____months

（おすわりができるようになったのは）

When was your baby able to walk alone? at about_____months

（ひとりで歩けるようになったのは）

When was your baby able to speak? at about_____months

（お話ができるようになったのは）