

# 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 \_\_\_\_\_ 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  
 Vomiting 嘔吐  
 Burning sensation while urinating 排尿時灼熱感  
 Sore throat 咽頭痛  
 Irritable 機嫌が悪い  
 Stomachache 腹痛  
 Weight loss 体重減少  
 Runny nose 鼻水  
 Lethargic ぐったりしている  
 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  
 MLNS (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. もしまだ症状が出れば、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. 血族での

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 出産時体重 \_\_\_\_\_ Kg      Height at birth 出産時身長 \_\_\_\_\_ 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

Polio ポリオ

Hepatitis A A型肝炎

Measles ハシカ

DPT 三種混合

HBV (Hepatitis B) B型肝炎

Rubella 風疹

TB skin test ツベルクリン反応

Pneumococcal vaccine 肺炎球菌

Mumps おたふくかぜ

BCG ビーシージー

Flu インフルエンザ

MR (Measles & Rubella) ハシカ・風疹混合

Chickenpox 水痘

Hib (Haemophilus Influenza type B) B型インフルエンザ菌ワクチン

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.