

初診問診表(小児科用) First visit form (Pediatrics)

氏名 Name: _____ <small>(姓 Last) (名 First)</small>	受診日: / / <small>Today's date (月) (日) (年)</small>
---	---

1 本日はどのような理由で受診されますか？ What is the reason for today's visit?

2 アレルギーについてうかがいます About allergy

a) 薬や注射にアレルギー反応を起こしたことがありますか？ Any allergy against medication?

ない No ある Yes
(わかれば具体的に what kind of reaction?)

b) 食べ物や植物、動物にアレルギー反応を起こしたことがありますか？ Any allergy against food, plants, animals?

ない No ある Yes
(わかれば具体的に what kind of reaction?)

3 既往歴 Past Medical History

a) 今までに入院するような大きな病気や手術を受けたことがありますか？

Has your child been admitted to the hospital or had surgery?

ない No ある Yes ⇒ 入院した際の病名/手術名、入院/手術時期とその後の経過状況をお書きください

	病名/手術名 Diagnosis	入院/手術時期 Date of the admission/surgery	経過 Result
1		年 Year 月 Month	治癒/治療中 Resolved/ Not resolved
2		年 Year 月 Month	治癒/治療中 Resolved/ Not resolved
3		年 Year 月 Month	治癒/治療中 Resolved/ Not resolved

b) 発達や発育の遅れを指摘されたことがありますか？ Any problem with growth or development?

ない No ある Yes

c) 服用中のお薬はありますか？ Does your child take any medication?

ない No ある yes ⇒ お薬の名前と服薬理由をお書きください Please tell us the detail.

	薬剤名 Name of the medicine(s)	服薬の理由 The reason
1		
2		
3		

4 出産時について 当てはまるものを選んでください。The Birth History

- a) 満期産 Full term / 早期産 preterm(週 weeks 日 days)
- b) 自然分娩 NSVD/ 帝王切開 C-section
- c) 妊娠中 または出産後 何か問題がありましたか? Any problems during the pregnancy?
 - ない No
 - ある yes

妊娠中毒症 / 黄疸 / 呼吸不全 / 感染症 / その他
 Pre-eclampsia/ Jaundice/ breathing problem /infectious disease/ others

5 ご家族に次の様な病気に罹られた方がいらっしゃいますか? Family History

- いいえ はい ⇒ 該当する方の欄に○をしてください。

	父 Fath.	母 Moth.	祖父 GF	祖母 GM	兄弟 Bro.	姉妹 Sis.
	歳 y/o	歳 y/o	歳 y/o	歳 y/o	歳 y/o	歳 y/o
がん Cancer						
心疾患 Heart disease						
脳卒中 Stroke						
高血圧 High blood pressure						
糖尿病 Diabetes						
高脂血症 Hyperlipidemia						
てんかん Seizure						
甲状腺疾患 Thyroid disease						
肝炎 Hepatitis						
リウマチ膠原病 Autoimmune disease						
精神神経疾患 Psych, neuro disease						
その他 Others						

6 ご兄弟、姉妹のお名前と年齢をご記入ください。Name(s) and age of the sibling(s)
