

请在符合 您的状况的项目处打上记号 あるいはまるものにチェックしてください 年 年 月 月 日 日

儿童姓名 子どもの名前	<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女		
出生年月日 生年月日	____年 年 ____月 月 ____日 日	年龄 年齢	____岁 才
住址 住所	电话 電話		
是否持有健康保险 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ		
国籍 国籍	语言 言葉		

有何症状? どうしましたか

<input type="checkbox"/> 发烧(℃) 熱がある	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 のどが痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 痉挛, 抽风 ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> 无精神 元気がない	<input type="checkbox"/> 烦躁 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い
<input type="checkbox"/> 腹痛 お腹が痛い	<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 出疹子 発しん	<input type="checkbox"/> 胃痛 胃が痛い
<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 厌食 食欲がない	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気	
<input type="checkbox"/> 体重增加缓慢 体重の増加不良		<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 血便 血便
<input type="checkbox"/> 奶吃得不好 ミルクの飲みが悪い		<input type="checkbox"/> 其他 その他	

何时开始的? それはいつからですか _____年 年 ____月 月 ____日 日から

是否出现过食物或药物过敏? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

是 はい → 药物 薬 鸡蛋 卵 牛奶 牛乳 食物 其他の食べ物 其他 その他 No いいえ

是否正在服药? 現在飲んでいる薬はありますか

是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください 否 いいえ

能服用何种药物? どんな種類の薬が飲めますか

口服液 シロップ 粉剂 粉薬 片剂或胶囊 錠剤またはカプセル

小儿出生时的状态 出産の時のようす

出生时婴儿体重 _____克 赤ちゃんの体重 生产时母亲年龄 _____ 母親の年齢

正常分娩 正常分娩 异常分娩 異常分娩 剖腹产 帝王切開

已打过的预防针 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> Hib(b型流感嗜血杆菌)疫苗 ヒブ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌疫苗 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 小儿麻痹 ポリオ
<input type="checkbox"/> 白百破 三種混合	<input type="checkbox"/> 四联疫苗 四種混合	<input type="checkbox"/> 卡介苗 BCG
<input type="checkbox"/> MR(麻疹·风疹)二联疫苗 麻疹·風しん混合	<input type="checkbox"/> 水痘 水ぼうそう	
<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎, 肿腺腮 おたふく風邪	<input type="checkbox"/> 乙型脑炎 日本脳炎	
<input type="checkbox"/> 轮状病毒疫苗 ロタウィルス <input type="checkbox"/> 其他 その他		

以前是否患过以下疾病? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> 风疹 風しん	<input type="checkbox"/> 水痘 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹	<input type="checkbox"/> 哮喘 ぜんそく
<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎, 肿腺腮 おたふく風邪	<input type="checkbox"/> 百日咳 百日せき	<input type="checkbox"/> 阑尾炎 虫垂炎	<input type="checkbox"/> 幼儿急性发疹性疾病 川崎病
<input type="checkbox"/> 突发性发疹(出疹子) 突発性発しん	<input type="checkbox"/> 乙型脑炎 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 高烧性痉挛(热抽筋) 熱性けいれん	
<input type="checkbox"/> 其他 その他			

有没有正在治疗的疾病 現在治療している病気はありますか 是 はい 否 いいえ

是否接受过手术治疗? 手術を受けたことがありますか 是 はい 否 いいえ

是否有过因麻醉引起的不良反应? 麻酔をして何かトラブルがありましたか 是 はい 否 いいえ

今后能不能自己带翻译? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

是 はい 否 いいえ