

Check  all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year ねん month がつ day ち

Child's name 子どもの名前			<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年 _____ month 月 _____ day 日	Age 年齢	_____ years-old 才	
Address 住所			Phone 電話	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ		
Nationality 国籍	Language 言葉			

What are your symptoms?(your child) どうしましたか

<input type="checkbox"/> fever( °C) 熱がある	<input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い	<input type="checkbox"/> cough せき	<input type="checkbox"/> spasm ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> moody/inactive 元気がない	<input type="checkbox"/> irritable 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> swelling むくみ	<input type="checkbox"/> headache 頭が痛い
<input type="checkbox"/> abdominal pain お腹が痛い	<input type="checkbox"/> chest pain 胸が痛い	<input type="checkbox"/> rash 発しん	<input type="checkbox"/> stomachache 胃が痛い
<input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐	<input type="checkbox"/> loss of appetite(low milk intake) 食欲がない	<input type="checkbox"/> nausea 吐き気	<input type="checkbox"/> bloody stool 血便
<input type="checkbox"/> insufficient weight gain 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> diarrhea 下痢		
<input type="checkbox"/> others その他			

How long have you had these problems? それはいつからですか Since \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_\_ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい →  medication 薬  egg 卵  milk 牛乳  others food その他の食べ物  others その他  No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください  No いいえ

What kind of internal medicine can you (he. she) take? どんな種類の薬が飲めますか

syrup シロップ  powder 粉薬  tablet or capsule 錠剤またはカプセル

How was the delivery? 出産の時のようす

baby's weight \_\_\_\_\_ g 赤ちゃんの体重 mother's age \_\_\_\_\_ 母親の年齢

normal delivery 正常分娩  abnormal delivery 異常分娩  Caesarean section 帝王切開

vaccination(history) 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> Hib(Haemophilus influenzae type b) ヒブ	<input type="checkbox"/> Pneumococcus 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> polio ポリオ
<input type="checkbox"/> DPT(triple combined vaccine) 三種混合	<input type="checkbox"/> DPT-IPV (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Inactivated Poliovirus Vaccine) 四種混合	<input type="checkbox"/> BCG BCG
<input type="checkbox"/> Measles-Rubella Vaccine(MR) 麻疹・風しん混合	<input type="checkbox"/> chicken pox 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> mumps おたふく風邪
<input type="checkbox"/> Japanese Encephalitis 日本脳炎	<input type="checkbox"/> Rotavirus ロタウィルス	<input type="checkbox"/> others その他

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> rubella 風しん	<input type="checkbox"/> chicken pox 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> measles 麻疹	<input type="checkbox"/> asthma ぜんそく
<input type="checkbox"/> mumps おたふく風邪	<input type="checkbox"/> whooping cough 百日ぜき	<input type="checkbox"/> appendicitis 虫垂炎	<input type="checkbox"/> MCLS(Kawasaki disease) 川崎病
<input type="checkbox"/> severe rash 突発性発しん	<input type="checkbox"/> Japanese Encephalitis 日本脳炎	<input type="checkbox"/> seizures 熱性けいれん	
<input type="checkbox"/> others その他			

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか  Yes はい  No いいえ

Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか  Yes はい  No いいえ

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか  Yes はい  No いいえ

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか  Yes はい  No いいえ