

Medical Questionnaire for New Pediatric Patients 小児科問診表（初めての方へ）

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

Personal Information	
Child's name 子供の名前	☐ Male 男 ☐ Female 女
Date of Birth (YYYY/MM/DD) 生年月日 ____ / ____ / ____	Age: ____ years old 年齢 (歳)
Address 住所	
Contact Phone Number (Available during the day)	
School/Educational Institution: _____	
(Preschool / Kindergarten / Elementary / Middle / High School) Grade: ____ - University: _____ Faculty: _____	
所属 保育園・幼稚園・小・中・高等学校 年生	
Do you have a referral letter from another clinic? (Yes / No) 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか? ☐ Yes はい ☐ No いいえ	
Have you agreed to share your medical records using your My Number Insurance Card? (Yes / No)	
Nationality 国籍	Language 言葉

The latest body weight 最近の体重 kg Current body temperature 今の体温 : ____ °C

Medical Information
What symptoms is your child experiencing? どうしましたか Please mark the applicable symptoms.
☐ maximum body temperature (____ °C) 最高体温 ☐ sore throat のどが痛い ☐ cough せき ☐ seizures けいれん (ひきつけ) をおこす ☐ fatigue/inactivity 元気がない ☐ irritable 機嫌が悪い ☐ swelling むくみ ☐ headache 頭が痛い ☐ abdominal pain お腹が痛い ☐ chest pain 胸が痛い ☐ rash 発しん ☐ stomach pain 胃が痛い ☐ vomiting 嘔吐 ☐ loss of appetite / reduced milk intake 食欲がない ☐ nausea 吐き気 ☐ poor weight gain 体重の増加不良 ☐ diarrhea 下痢 ☐ bloody stool 血便 ☐ others その他 (_____)
How long has your child been experiencing these symptoms? それはいつからですか
Since ____ month 月 ____ day 日から
Allergy and Special Conditions
• Does your child have any allergies to food or medication? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

(No / Yes - If yes, please specify : _____)
Current Medications
Is your child currently taking any prescribed medications from another medical institution? 現在、他院から処方されているお薬がありますか？
☐ No いいえ ☐ Yes はい → If you have any with you, please present them. 持っていれば見せてください ・ (For those who have agreed to data access via My Number Insurance Card, medications prescribed within the past month do not need to be listed.) •Medication Name: _____, Dosage: _____, Duration: _____ •Medication Name: _____, Dosage: _____, Duration: _____ •Medication Name: _____, Dosage: _____, Duration: _____
What kind of internal medicine can your child 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
Past Medical History
How was the delivery? 出産の時のようす
baby's weight 赤ちゃんの体重 _____ g mother's age 母親の年齢 _____ ☐ normal delivery 正常分娩 ☐ abnormal delivery 異常分娩 ☐ Caesarean section 帝王切開他
Immunization History 接種済み予防接種
☐ Hib(Haemophilus influenzae type b) ヒブ ☐ Pneumococcus 肺炎球菌 ☐ polio ポリオ ☐ DPT(triple combined vaccine) 三種混合 ☐ DPT-IPV (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Inactivated Poliovirus Vaccine) 四種混合 ☐ BCG ☐ Measles-Rubella Vaccine(MR) 麻しん・風しん混合 ☐ chicken pox 水ぼうそう ☐ mumps おたふく風邪 ☐ Japanese Encephalitis 日本脳炎 ☐ Rotavirus ☐ タウウィルス ☐ others その他
Is your child currently receiving treatment for any medical conditions? 現在治療している病気はありますか
☐ Yes はい ☐ No いいえ
Has your child had any illnesses in the past? 今までにかかった病気はありますか
Family Composition
How many family members does your child live with? 同居の家族を教えてください
☐ Father 父 (_____ years old) ☐ Mother 母 (_____ years old) ☐ Brother 兄弟 (_____ years old) ☐ Sister 姉妹 (_____ years old) ☐ Grandmother 祖母 ☐ Grandfather 祖父 ☐ Others その他

If your child has a skin rash similar to chicken pox, please inform us.

Ishida Pediatric Clinic for Children and Families

石田小児科医院