

Pediatric Follow-Up Questionnaire 小児科再来問診表

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

Child's name 子供の名前

The latest body weight 最近の体重 kg Current body temperature 現在の体温 °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

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？

- ☐ Yes はい → If you have any with you, please present them. 持っている場合はご提示ください
- ☐ No いいえ

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 :)

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