

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	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> 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: _____	
<ul style="list-style-type: none"> (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? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> maximum body temperature (____ °C) 最高体温 <input type="checkbox"/> sore throat のどが痛い <input type="checkbox"/> cough せき <input type="checkbox"/> seizures けいれん (ひきつけ) をおこす <input type="checkbox"/> fatigue/inactivity 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"/> stomach pain 胃が痛い <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐 <input type="checkbox"/> loss of appetite / reduced milk intake 食欲がない <input type="checkbox"/> nausea 吐き気 <input type="checkbox"/> poor weight gain 体重の増加不良 <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 <input type="checkbox"/> bloody stool 血便 <input type="checkbox"/> 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？
<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> syrup シロップ <input type="checkbox"/> powder 粉薬 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> normal delivery 正常分娩 <input type="checkbox"/> abnormal delivery 異常分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section 帝王切開他
Immunization 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 <input type="checkbox"/> Measles-Rubella Vaccine(MR) 麻しん・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 <input type="checkbox"/> タウウィルス <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Father 父 (years old) <input type="checkbox"/> Mother 母 (years old) <input type="checkbox"/> Brother 兄弟 (years old) <input type="checkbox"/> Sister 姉妹 (years old) <input type="checkbox"/> Grandmother 祖母 <input type="checkbox"/> Grandfather 祖父 <input type="checkbox"/> 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