

(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