

# PEDIATRICS

## 小児科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

year 年 month 月 day 日

Child's name 子供の名前  Male 男  Female 女  
Date of birth: 生年月日 \_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_ day 日

Address 住所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?  
 No 無  Yes 有

Nationality 国籍 \_\_\_\_\_ Language 言葉 \_\_\_\_\_

What is wrong with you?(your child) どうしましたか

fever( \_\_\_\_\_℃) 熱がある  sore throat 喉が痛い  cough 咳  
 spasm ひきつけをおこす  moody / inactive 元気がない  
 irritable 機嫌が悪い  swelling むくみ  headache 頭痛  abdominal pain 腹痛  
 chest pain 胸痛  rash 発疹  stomachache 胃痛  vomiting 嘔吐  
 loss of appetite(low milk intake) 食欲不振  insufficient weight gain 体重増加不良  
 nausea 吐き気  diarrhea 下痢  bloody stool 血便  others その他

\* How long have you(he, she) had problems? それはいつごろからですか  
Since \_\_\_\_\_ year 年 \_\_\_\_ month 月 \_\_\_\_ day 日から

Have you(he, she) ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか  
 No 無  Yes 有 →  medication 薬  egg 卵  milk 牛乳  
 other food その他の食べ物  others その他

Are you(he, she) presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか  
 No 無  Yes 有 → 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

What kind of internal medicine can you (he, she) take? どんな種類の薬が飲めますか  
 syrup 水薬  powder 粉薬  tablet or capsule 錠剤またはカプセル

How was the delivery? 出産の状態はどんなでしたか  
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 (already immunized) 接種済み予防注射:  
 tuberculin testing ツベルクリン反応  BCG  polio ポリオ  
 rubella 風疹  chicken pox 水痘  mumps おたふく風邪  measles 麻疹  
 DPT (triple combined vaccine) 三種混合ワクチン  others その他

What illnesses have you(he, she) had in the past? 過去にどのような病気をしましたか  
 rubella 風疹  chicken pox 水痘  measles 麻疹  
 asthma 喘息  mumps おたふく風邪  whooping cough 百日咳  
 appendicitis 虫垂炎  MCLS(Kawasaki disease) 川崎病  
 exanthema subitum 突発性発疹  Japanese encephalitis 日本脳炎  
 febrile seizure 熱性痙攣  others その他

\* Has this disease been cured? その病気は治りましたか  
 No いいえ  Yes はい

Have you(he, she) ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をしてトラブルがありましたか  
 No いいえ  Yes はい

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

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects/illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に際しては、できる限りの正確さを心がけておりますが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配付しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医師制度情報などがありますので、必要に応じてご活用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

<http://www.k-i-a.or.jp/medical/>

2003年3月発行

多言語医療問診票ホームページ <http://www.k-i-a.or.jp/medical/> Multilingual Medical Questioner on line <http://www.k-i-a.or.jp/medical/>

このホームページは、NPO 法人国際交流ハーティ港南台と財団法人かながわ国際交流財団が協働で作成しました。多言語医療問診票は更新されることがあるので必ずご確認ください

NPO International Community Hearty Konandai and Kanagawa International Foundation together created the page. Multilingual Medical Questioner on line may be updated occasionally. Please be sure to refer to the newest version.