



# Medical Questionnaire (Pediatrics)



小児科 問診表

**Name :** \_\_\_\_\_  
氏名

**Date :** \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_  
受診日 年 月 日

**Date of Birth :** \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day (Age : \_\_\_\_\_)  
生年月日 年 月 日 年齢

**Height :** \_\_\_\_\_ cm **Weight :** \_\_\_\_\_ kg  
身長 体重

Check  all corresponding answers.

## ■ What is your problems?

今日はどうしましたか？

- fever( °C)  sore throat  cough  wheezing  runny nose  blocked nose  
発熱 咽頭痛 咳 喘鳴、ゼーゼー 鼻水 鼻づまり
- inactive  irritable  headache  abdominal pain  nausea  vomiting  
ぐったり 不機嫌 頭痛 腹痛 吐き気 嘔吐
- loss of appetite (low milk intake)  diarrhea  bloody stool  constipation  
食欲不振(哺乳不良) 下痢 血便 便秘
- rash  swelling  others( )  
発疹 腫れ その他

• **When did the symptom start?** (Since \_\_\_\_\_year\_\_\_\_month\_\_\_\_day)  
いつからですか？ 年 月 日

• **Have you ever been to the hospital for any of the above symptoms?**

上記の症状で病院にかかったことはありますか？

- No  Yes (※Details (Ex: Hospital name, Medications)  
病院名や薬など

• **Is there anyone around you who has similar symptoms or cold?**

周囲に同じような症状の方や、風邪をひいている方はいますか？

- No  Yes (※Details

■ **Are there any disease that are prevalent around you?**

周囲に流行している病気はありますか？

- No  Yes (※Details

■ **Have you ever had some kind of serious illness before?**

今までにかかった病気はありますか？

- No  Yes (Disease name : \_\_\_\_\_, Period: \_\_\_\_\_)  
病名 期間

■ **Are you allergic to any foods or medications?**

お薬や食べ物などにアレルギー症状がでたことはありますか？

- No  Yes (※Details of medications, foods, allergy symptoms  
薬、食べ物、アレルギー症状など

■ **Have you been abroad or returned from abroad within one month?**

一か月以内に海外に行った、または海外から帰国しましたか？

- No  Yes (Country or Area : \_\_\_\_\_, Period: \_\_\_\_\_)  
国名・地域 期間