

儿科问诊表

小児科問診票

年 月 日

儿童姓名 子供の名前	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日
住址 住所		电话 電話	
是否持有健康保险证 健康保険を持っていますか <input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ			
国籍			

有何症状? どうしましたか	<input type="checkbox"/> 发烧 熱 (°C)	<input type="checkbox"/> 头痛 頭痛	<input type="checkbox"/> 嗓子痛 喉が痛い
	<input type="checkbox"/> 胸痛 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 咳嗽 せき	<input type="checkbox"/> 无精神 元気がない
	<input type="checkbox"/> 痉挛 ひきつけ	<input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐	<input type="checkbox"/> 烦躁 機嫌が悪い
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 腹泻 下痢	<input type="checkbox"/> 恶心 吐き気
	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 厌食 食欲不振	<input type="checkbox"/> 出疹子 発疹
	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 浮肿 むくみ	<input type="checkbox"/> 其他 その他
	<input type="checkbox"/> 体重增加缓慢 体重増加不良		
何时开始的? いつ頃からですか	年 月 日		
是否出现过食物或药物过敏? 薬や食べ物等でアレルギーを生じたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
	<input type="checkbox"/> 是 はい →	<input type="checkbox"/> 药物 くすり	<input type="checkbox"/> 食物
	<input type="checkbox"/> 其他 その他	<input type="checkbox"/> 鸡蛋 たまご	<input type="checkbox"/> 牛奶
能服用何种药物? どんな種類の薬が飲めますか	<input type="checkbox"/> 口服液 シロップ <input type="checkbox"/> 粉剂 粉薬 <input type="checkbox"/> 片剂或胶囊錠剂カプセル		
是否正在服药? 現在毎日飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ		
	<input type="checkbox"/> 是 はい → 如随身携带, 请给医生看一下 持っていれば見せてください		
小儿出生时的状态 出産時の状態	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 异常分娩 異常分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产 帝王切開		
	出生时婴儿体重 (克)		
	生产时母亲年龄 (岁)		
已接种过的预防注射 接種済み予防注射は?	<input type="checkbox"/> 结核菌素反应ツベルクリン <input type="checkbox"/> 卡介苗 BCG <input type="checkbox"/> 小儿麻痹 ポリオ		
	<input type="checkbox"/> 麻疹 はしか	<input type="checkbox"/> 腮腺炎 おたふくかせ	<input type="checkbox"/> 水痘 水疱そう
	<input type="checkbox"/> 风疹 風疹	<input type="checkbox"/> 白百破 DPT三種混合	<input type="checkbox"/> 其他 その他
患过何种疾病? 過去にどんな病気をしましたか	<input type="checkbox"/> 风疹 風疹 <input type="checkbox"/> 腮腺炎 おたふくかせ <input type="checkbox"/> 原发性红疹 突発性発疹		
	<input type="checkbox"/> 麻疹 はしか	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 高烧性痉挛 熱性痙攣
	<input type="checkbox"/> 哮喘 喘息	<input type="checkbox"/> 阑尾炎 虫垂炎	<input type="checkbox"/> 乙型脑炎 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> 水痘 水疱そう	<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 其他 その他
是否接受过手术治疗? 手術をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい		
是否接受过输血? 輸血をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい		