

소아과 문진표

小児科問診票

해당 항목에 를 해 주십시오.

____년 ____월 ____일

어린이 이름 子供の名前 남 男 여 女
 생년월일 生年月日 ____년 ____월 ____일

주소 住所 _____ 전화번호 電話 _____

의료보험증을 가지고 있습니까? 健康保険を持っていますか?
 아니오 無 예 有

국적 国籍 _____

어디에 어떤 이상이 있었습니까? どうされましたか

발열 (____℃) 発熱 경련을 일으킨다 ひきつけをおこす
 짜증을 부린다 機嫌が悪い 기운이 없다 元気がない
 분유를 잘 안먹는다 ミルクの飲みが悪い 체중증가 불량 体重増加不良
 설사下痢 기분이 안좋다 気持ちが悪い 그외 その他

*언제 부터 입니까? それはいつごろからですか
 ____년 ____월 ____일

약이나 음식물로 알레르기를 일으킨 적이 있습니까? 薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか
 아니오 無 예 有 → 약 薬 계란 卵 우유 牛乳
 기타 음식물 食べ物 그외 その他

아이가 먹을수 있는 약 どんな種類の薬が飲めますか
 물약水薬 가루약 粉薬 알약 또는 캡셀 錠剤またはカプセル

현재 복용중인 약이 있습니까? 現在毎日飲んでいる薬はありますか
 아니오 無 예 有 → 지금 가지고 있다면 보여 주세요 持っていれば見せてください

출산상태 出産の状態はどんなでしたか
 아기체중 ____g 赤ちゃんの体重 어머니연령 ____ 母親の年齢
 정상분만 正常分娩 이상분만 異常分娩 제왕절개 帝王切開

접종을 마친 예방주사 接種済み予防注射:

풍진 風疹 수두 水痘 마진 麻疹
 볼거리 おたふく風邪 투베르쿨린반응 TBC ツベルクリン反応
 소아마비 小児麻痺 BCG 3종혼합ワクチン 三種混合ワクチン
 그외 その他

과거에 어떤 병을 앓았습니까? 過去にどのような病気をしましたか

풍진 風疹 수두 水痘 마진 麻疹
 천식 喘息 볼거리 おたふく風邪 백일해 百日咳
 돌발성 발진 突発性発疹 가와사키열 川崎病 열성경련 熱性痙攣
 일본뇌염 日本脳炎 충수염 虫垂炎 그외 その他

*그병은 다 나았습니까? その病気は治りましたか
 아니오 いいえ 예 はい

입원하신 적이 있습니까? 入院をしたことがありますか
 아니오 無 예 有

수술을 받은 적이 있습니까? 手術を受けたことがありますか
 아니오 無 예 有 → 연령 年齢: ____세 ____개월 ____일

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。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきざつておりますが、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て配信しております。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、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。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。