

小児科問診票

سال ماه روز پرسشنامه بخش کودکان

سال	ماه	روز	تاریخ تولد	سال	ماه	روز	تاریخ تولد	نوعیت	نام فرزند
				نختره			مرد	نام کودک	
تلفن				آدرس					
زبان		ملیت		آیا بیمه بهداشتی دارید؟					
				<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله آیا بیمه سلامت دارید؟					

بد مزاج <input type="checkbox"/>			چه ناراحتی دارید؟		
بد مزاج <input type="checkbox"/>			چگونه بود؟		
بی حال <input type="checkbox"/>			هیچ تشنجی ندارید؟		
رشد ناکافی <input type="checkbox"/>		استفراغ <input type="checkbox"/>		اسهال <input type="checkbox"/>	
دیگر <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>		شیر نمیخورد <input type="checkbox"/>	

اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	
اریون <input type="checkbox"/>		آبله مرغان <input type="checkbox"/>		سرخچه <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>	

شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	
شیر <input type="checkbox"/>		تخم مرغ <input type="checkbox"/>		دارو <input type="checkbox"/>		آیا به دارو یا غذا حساسیت دارید؟	

تابه حال کدام يك از واکسن ها را تزریق کرده است؟ 接種済み予防注射？

فلج اطفال 小兒麻痺 سرخک 麻疹 سرخچه 風疹 آزمایش توپر کولین ツベルクリン反応

واکسن سه گانه 三種混合ワクチン آبله مرغان 水痘 اریون 風邪 風邪 BCG پ ث ج

حالت وضع حمل خود را مشخص کنید؟ وزن کودک (g) سن مادر ()
 出産の状態はどんなでしたか 赤ちゃんの体重 母親の年齢
 زایمان طبیعی زایمان غیر طبیعی سزارین
 正常分娩 異常分娩 帝王切開

چه نوع دارویی می خورد؟ شربت پودر قرص یا کپسول
 どのような種類の薬が飲めますか 水薬 粉薬 錠剤又はカプセル

آیا دارویی دارید که هر روز از آن مصرف میکنید؟ بله خیر اگر آلان دارویی همراه دارید لطفا نشان بدهید
 現在毎日飲んでいる薬はありますか はい いいえ 持っていれば見せてください

آیا تابه حال در بیمارستان بستری شده است؟ 入院したことがありますか بله خیر いいえ

آیا تابه حال عمل جراحی کرده است؟ 手術を受けたことがありますか بله خیر いいえ