

◆ 予約日時： 月 日 () 午前 / 午後 : ~

※ご来院時には保険証、医療証各種をお持ち下さい。Please bring your insurance card/documents with you.

佐々木クリニック多摩平 Sasaki Clinic Tamadaira

診療日 Days open : 月曜～土曜午前 Mon - Fri, Sat AM only

休診日 Days closed : 土曜午後、日、祝日 Sat PM, Sun, National holidays

診療時間 Hours : 午前/AM 9 : 00～12 : 00 / 午後/PM 16 : 00～18 : 30

TEL : 042 (585) 2591 / FAX : 042 (585) 2704

Pediatrics Questionnaire
小児科 問診表

わかる範囲で書いてください

フリガナ				住所 Address	TEL
氏名 Name	男・女 M・F				
生年月日 Date of birth	明大 昭平	年 月 日 (歳 ヶ月)			
現在の体重 Body weight :	kg			現在の体温 Temperature :	℃

① 本日はどのような症状で受診されましたか? What are your symptoms/reasons for examination?

(○をつけるか、書いてください/Please circle or write.)

発熱 (ねつ) Fever	咳 (せき) Cough	喘鳴 (ゼーゼー) Wheezing	鼻汁 (はな) Running nose	下痢 (げり) Diarrhea
嘔吐 (はく) Vomiting	腹痛 (おなか) Abdominal pain	頭痛 (あたま) Headache	予防接種 (相談) Vaccination	
その他/Others :				

② 薬を飲んで具合が悪くなったことがありますか? Have you ever become ill due to medicine you have taken?

いいえ/No

はい/Yes

薬の名前 Name of medicine :

症状 Symptoms :

③ 今までにかかった病気に○をつけてください。Please circle/write any previous illnesses.

突発性発疹 Rash	水ぼうそう Chicken pox	おたふくかぜ Mumps	はしか Measles
その他/Others :			

④ 済ませた予防接種に○をつけてください。

BCG	ヒブ HIB	肺炎球菌 Pneumococcus	四種混合 DTPP
三種混合 DTP	ポリオ Polio	麻疹・風疹 Measles/Rubella	日本脳炎 Japanese encephalitis
その他(ロタ,B型肝炎)/Others (Rotavirus, Hepatitis B) :			

④ 以前に「アトピー」や「ぜんそく」などと言われたことがありますか?

Have you previously been diagnosed with atopic dermatitis and/or asthma?

はい/Yes ・ いいえ/No

⑤ 希望する薬の種類は? What type of medicine do you prefer?

シロップ/Syrup	こな薬/Powder	つぶ/Tablet	座薬/Suppository
------------	------------	-----------	----------------

⑥ 最近海外への渡航がありますか? ある方は国名もご記入ください。Have you recently traveled abroad?

なし/No ・ あり/Yes

国名 Country/Countries :