

問診表 Questionnaire

名前 (Name) _____ 誕生日 (Date of Birth) _____ 年齢 (Age) _____
性別 (Sex) _____

1. 出産時について The Birth History

- a. 満期産 Full term / 早期産 Preterm (週weeks 日days)
- b. 自然分娩 Vaginal Delivery / 帝王切開 C-section
- c. 出生時体重? Birth weight? _____
- d. 妊娠経過は順調でしたか? Was the pregnancy normal?

**** 空欄の無いようお願いいたします。
Please do not leave any blanks.**

2. アレルギーについて About allergy

- a. 薬や注射にアレルギー反応を起こしたことはありますか? Any allergies against medication?

ないNo あるYes 具体的に What kind of reaction? _____

- b. 食べ物や植物、動物にアレルギー反応を起こしたことがありますか? Any allergies against food, plants, or animals?

ないNo あるYes 具体的に What kind of reaction? _____

3. 既往歴について Past medical history

- a. 入院されたことはありますか? 詳細をお書きください。(例:1歳 肺炎) Hospitalization? Describe. (ex: Pnumonia 1 y.o.)

- b. 手術されたことはありますか? 詳細をお書きください。Surgery? Describe.

- c. かかったことのある病気 / ケガをお書きください。(例:喘息、おたふくかぜ)
Any serious illnesses / injuries? Describe. (ex: asthma, mumps)

- e. 発達や発育の遅れを指摘されたことがありますか? Any problems with growth or development?

ないNo あるYes

- f. 服用中のお薬はありますか? Does your child take any medication?

ないNo あるYes → お薬の名前とその理由 What kind? What for? _____

4. 家族歴について Family History

- a. 50歳以下での心疾患/ 突然死? Heart disease/ sudden death under age 50? _____

- b. 遺伝性疾患? Hereditary disease? _____

- c. その他の疾患? Other diseases? _____

- d. たばこを吸う方はいらっしゃいますか? Any family member that smokes? _____

5. こちらに追加されたい情報を記載してください。 Please use this space to provide any additional informations.

署名 Signature _____

日付 Date _____