

قسم الأطفال

しょうに かもんじんひょう
小児科問診票

العربية
アラビア語

ضع علامة (✓) على جميع الأعراض المنطبقة عليك

سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日 _____

الاسم 名前			<input type="checkbox"/> ذكر 男	<input type="checkbox"/> أنثى 女
تاريخ الميلاد 生年月日	سنة 年 _____	شهر 月 _____	يوم 日 _____	الهاتف 電話 _____
العنوان 住所				
هل لديك تأمين صحي؟ 健康保険を持っていますか？	<input type="checkbox"/> نعم はい		<input type="checkbox"/> لا いいえ	
الجنسية 国籍	اللغة 言葉 _____			

ما الذي تعاني منه؟ どうしましたか

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> حرارة (°C) 熱がある | <input type="checkbox"/> ألم بالحنجرة 喉のどが痛い | <input type="checkbox"/> سعال せき | <input type="checkbox"/> تشنج けいけん |
| <input type="checkbox"/> خمول/قلة نشاط 元気がない | <input type="checkbox"/> حاد الطبع 機嫌が悪い | <input type="checkbox"/> انتفاخ むくみ | <input type="checkbox"/> ألم في الرأس 頭の痛み |
| <input type="checkbox"/> ألم في البطن お腹が痛い | <input type="checkbox"/> ألم في الصدر 胸が痛い | <input type="checkbox"/> طفح 発疹 | <input type="checkbox"/> ألم في المعدة 胃が痛い |
| <input type="checkbox"/> قيء 嘔吐 | <input type="checkbox"/> فقدان الشهية (أخذ حليب قليل) 食欲がない | <input type="checkbox"/> إسهال 下痢 | <input type="checkbox"/> غثيان 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> عدم زيادة الوزن بصورة كافية 体重の増加不良 | <input type="checkbox"/> صعوبة في شرب اللبن ミルクの飲みが悪い | <input type="checkbox"/> غير ذلك その他 | <input type="checkbox"/> دم مع البراز 血便 |

منذ متى بدأت أعراض ما تشعر به؟

منذ _____ سنة 年 _____ شهر 月 _____ يوم 日

هل لديك حساسية ضد الأكل أو الدواء؟ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- نعم はい → دواء 薬 البيض 卵 الحليب 牛乳 أخرى 食糧 其他 غير ذلك 其他 لا いいえ

هل تتناول أي نوع من الدواء في الوقت الحالي؟ 現在飲んでいる薬はありますか

- نعم はい → يرجى عرضها علينا إذا كان لديك أية أدوية 持っていれば見せてください لا いいえ

هل تشرب أي نوع من الأدوية الداخلية التي تتناولها (هو، هي) في الوقت الحاضر؟ どの種類の薬が飲めますか

- شراب シロップ مسحوق 粉薬 قرص أو كبسولة 錠剤またはカプセル

كيف كانت حالة الولادة؟ 出産の時のようす

- وزن الطفل 赤ちゃんの体重 _____ g ولادة طبيعية 正常分娩 ولادة غير طبيعية 異常分娩 عملية قيصرية 帝王切開

هل تم عملها للقاحات (لقاحات تم عملها للقاحات) 接種済み予防接種

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> لقاح Hib 三種混合 | <input type="checkbox"/> مكورة رئوية 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> شلل الأطفال ポリオ |
| <input type="checkbox"/> (اللقاح الثلاثي المركب) DPT 三種混合 | <input type="checkbox"/> BCG BCG | |
| <input type="checkbox"/> اللقاح الثلاثي لقاح الفيروسات السنجارية المعطلة 四種混合 | <input type="checkbox"/> جدري الماء 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> نكاف 風邪 |
| <input type="checkbox"/> MR (مرض الحصبة، الحصبة الألمانية) 麻疹・風疹混合 | <input type="checkbox"/> التهاب الدماغ الفيروسي 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> غير ذلك 其他 |

هل أصابك أي مرض في الماضي؟ 今までにかかった病気はありますか

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> حمى 熱 | <input type="checkbox"/> جدري الماء 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> حمى 熱 | <input type="checkbox"/> ربو ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> التهاب رئوي 肺炎 | <input type="checkbox"/> سعال دكي 百日ぜき | <input type="checkbox"/> التهاب زائدة دودية 虫垂炎 | <input type="checkbox"/> مرض كاواساكي (MCLS) 川崎病 |
| <input type="checkbox"/> التهاب السحايا 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> التهاب دماغ ياباني 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> نوبة حمى 熱性けいれん | |

هل تعالج حالياً من أي مرض؟ 現在治療している病気はありますか

- نعم はい لا いいえ

هل سبق لك أن أجريت عملية جراحية؟ 手術を受けたことがありますか

- نعم はい لا いいえ

هل سبق أن حدثت لك مشكلة من أخذ حقنة مخدر (بنج)؟ 麻酔をして何かトラブルがありましたか

- نعم はい لا いいえ

هل يمكنك جلب مترجم لنفسك من المرة القادمة؟ 今後、通訳を自分で連れて来てることができますか

- نعم はい لا いいえ