

Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日

Nom de l'enfant 子どもの名前	<input type="checkbox"/> Homme 男 <input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日
Adresse 住所	Téléphone 電話
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Nationalité 国籍	Language 言葉

Symptômes どうしましたか

<input type="checkbox"/> fièvres(°C) 熱がある	<input type="checkbox"/> mal de gorge のどが痛い	<input type="checkbox"/> toux せき	<input type="checkbox"/> convulsions ひきつけをおこす
<input type="checkbox"/> apathie 元気がない	<input type="checkbox"/> Irritabilité 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> œdème むくみ	<input type="checkbox"/> mal de tête 頭が痛い
<input type="checkbox"/> mal de ventre お腹が痛い	<input type="checkbox"/> mal de poitrine 胸が痛い	<input type="checkbox"/> éruptions cutanées 発しん	<input type="checkbox"/> mal à l'estomac 胃が痛い
<input type="checkbox"/> vomissements 嘔吐	<input type="checkbox"/> manque d'appétit 食欲がない	<input type="checkbox"/> nausées 吐き気	<input type="checkbox"/> selles sanglantes 血便
<input type="checkbox"/> prise de poids insuffisante 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> diarrhée 下痢	<input type="checkbox"/> autres その他	
<input type="checkbox"/> difficulté à boire le lait ミルクの飲みが悪い			

Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか? Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から

Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Oui はい → médicaments 薬 oeufs 卵 lait 牛乳 autres aliments その他の食べ物 autres その他 Non いいえ

Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか

Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください Non いいえ

Quel type de médicaments pouvez-vous prendre? どんな種類の薬が飲めますか

sirop シロップ poudre 粉薬 comprimé/capsule 錠剤またはカプセル

Comment s'est passé l'accouchement? 出産の時のようす

poids du bébé _____ g 赤ちゃんの体重 âge de la mère _____ 母親の年齢

accouchement normal 正常分娩 accouchement anormal 異常分娩 césarienne 帝王切開

Vaccins déjà inoculés 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> haemophilus influenzae de type b ヒブ	<input type="checkbox"/> pneumocoque 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> poliomyélite ポリオ
<input type="checkbox"/> DPT 三種混合	<input type="checkbox"/> DPT-IPV 四種混合	<input type="checkbox"/> BCG BCG
<input type="checkbox"/> MR (rougeole, rubéole) 麻疹・風しん混合	<input type="checkbox"/> varicelle 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> oreillons おたふく風邪
<input type="checkbox"/> encéphalite japonaise 日本脳炎	<input type="checkbox"/> rotavirus ロタウィルス	
<input type="checkbox"/> autres その他		

Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> rubéole 風しん	<input type="checkbox"/> varicelle 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> rougeole 麻疹	<input type="checkbox"/> asthme ぜんそく
<input type="checkbox"/> oreillons おたふく風邪	<input type="checkbox"/> coqueluche 百日ぜき	<input type="checkbox"/> appendicite 虫垂炎	<input type="checkbox"/> MCLS 川崎病
<input type="checkbox"/> rougeur cutanée subite 突発性発しん	<input type="checkbox"/> encéphalite japonaise 日本脳炎		
<input type="checkbox"/> convulsion fébrile 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> autres その他		

Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか? Oui はい Non いいえ

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? 手術を受けたことがありますか? Oui はい Non いいえ

Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか? Oui はい Non いいえ

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか? Oui はい Non いいえ