

แบบสอบถามอาการแพนกวเด็ก

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票

ภาษาไทย
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あるいはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุลของเด็ก <small>こどものなまえ</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがらび</small>	ปีพ.ศ. 年	เดือน 月	วันที่ 日
ที่อยู่ <small>じゅうしょ</small>	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ</small>		
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>
สัญชาติ <small>こくさき</small>	ภาษา <small>ことば</small>		

มีอาการอย่างไร どうしましたか

<input type="checkbox"/> มีไข้ (<small>ねつ</small> 熱がある)	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <small>のどが痛い</small>	<input type="checkbox"/> ไอ <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> ชัก <small>ひきつけをおこす</small>
<input type="checkbox"/> ซึมเศร้า <small>げんきが</small> 元気がない	<input type="checkbox"/> หงุดหงิด <small>きげんが</small> 機嫌が悪い	<input type="checkbox"/> บวม <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> ปวดหัว <small>あたまが</small> 頭が痛い
<input type="checkbox"/> ปวดท้อง <small>なか</small> お腹が痛い	<input type="checkbox"/> ปวดหน้าอก <small>むね</small> 胸が痛い	<input type="checkbox"/> เป็นผื่นแดง <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> ปวดกระเพาะอาหาร <small>い</small> 胃が痛い
<input type="checkbox"/> อาเจียร <small>おうと</small> 嘔吐	<input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร <small>しょくよく</small> 食欲がない	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <small>はき</small> 吐き気	
<input type="checkbox"/> น้ำหนักไม่เพิ่ม <small>たいじゅう</small> 体重の増加不良	<input type="checkbox"/> ท้องเสีย <small>げり</small> 下痢	<input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด <small>けつぶん</small> 血便	
<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยดื่มนม <small>ミルク</small> ミルクの飲みが悪い	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>		

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか _____ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日から

เด็กเคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ くすり た もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

เคย はい → ยา くすり 薬 ไข่ たまご 卵 นม ぎゅうにゅう 牛乳 อาหารนอกจากไข่และนม その他 其他の食べ物 อื่นๆ その他 ไม่เคย いいえ

ปัจจุบันเด็กกินยาอยู่หรือไม่ けんさいの 現在飲んでいる薬はありますか

กิน はい → ชง せんじょう 粉 如果孩子有药，请带过来 持っていれば見せてください ไม่ให้ いいえ

เด็กสามารถกินยาชนิดไหน しゅるい くすり の どんな種類の薬が飲めますか

ยาน้ำ (ไซรป) シロップ ยาผง こなくすり 粉薬 ยาเม็ดหรือแคปซูล じょうさい 錠剤またはカプセル

ประวัติแรกเกิดของเด็ก しゅさん 出産の時のようす

น้ำหนักของเด็กทารก _____ กรัม あか 赤ちゃんの体重 คลอดปกติ せいじょうぶんべん 正常分娩 คลอดผิดปกติ いじょうぶんべん 異常分娩 ผ่าตัดทำคลอด ていおうせつがい 帝王切開

อายุของมารดา _____ ははおや 母親の年齢

ได้รับการฉีดวัคซีนอะไรบ้างแล้ว せつしゅ す 接種済み予防接種

<input type="checkbox"/> เชื้อแบคทีเรียไข้หวัดใหญ่ชนิดบี <small>ヒブ</small>	<input type="checkbox"/> เชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบจากแบคทีเรีย <small>はいえんきゅうきん</small> 肺炎球菌
<input type="checkbox"/> โปลิโอ <small>ポリオ</small>	<input type="checkbox"/> วัคซีนรวม ๓ ชนิด (ไอกรน คอตีบ และบาดทะยัก) <small>さんしゅこんごう</small> 三種混合
<input type="checkbox"/> วัคซีนรวม 4 ชนิด <small>よんしゅこんごう</small> 四種混合	<input type="checkbox"/> บี.ซี.จี. <small>BCG</small>
<input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนเอ็มอาร์ (โรคหัด•โรคหัดเยอรมันรวมกัน) <small>ましん•ふうしん</small> 混合	<input type="checkbox"/> อีสุกอีใส <small>みずぼうそう</small>
<input type="checkbox"/> โรคไขสมองอักเสบญี่ปุ่น <small>にほんのらえん</small> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> คางทูม <small>おたふく</small> 風邪
<input type="checkbox"/> ไวรัสโรต้า <small>ロタウイルス</small>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>

ที่ผ่านมาเด็กเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いま 今までにかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> หัดเยอรมัน <small>ふうしん</small>	<input type="checkbox"/> อีสุกอีใส <small>みずぼうそう</small>	<input type="checkbox"/> หัด <small>ましん</small>	<input type="checkbox"/> หิด <small>ぜんそく</small>
<input type="checkbox"/> คางทูม <small>おたふく</small> 風邪	<input type="checkbox"/> ไอกรน <small>ひやくち</small> 百日せき	<input type="checkbox"/> ไส้ติ่งอักเสบ <small>ちゅうすいえん</small> 虫垂炎	<input type="checkbox"/> โรคคางทูม <small>かわさきびょう</small> 川崎病
<input type="checkbox"/> เกิดเป็นผื่นกะทันหัน <small>とつぷつせい</small> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> โรคสมองอักเสบญี่ปุ่น <small>にほんのらえん</small> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> ไข้ <small>ねつ</small> 熱	<input type="checkbox"/> ไข้ <small>ねつせい</small> 熱性けいれん
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>			

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ けんさい 現在治療している病気はありますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ しゅじゅつ 手術を受けたことがありますか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ

เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ ますい 麻酔をして何かトラブルがありましたか

ให้ はい ไม่ให้ いいえ