

ПЕДІАТРІЯ

しょうに かもんしんひょう
小児科問診票



Позначте , будь ласка, усі відповідні пункти あてはまるものにチェックしてください

Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日 _____

П.І.Б. дитини 子どもの名前	<input type="checkbox"/> Ч 男 <input type="checkbox"/> Ж 女
Дата народження 生年月日 _____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日	Вік 年齢 _____ さい 才
Адреса 住所 _____	Тел 電話 _____
Чи маєте Ви сертифікат страхування здоров'я? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Так はい <input type="checkbox"/> Ні いいえ
Національність 国籍 _____	Мова 言葉 _____

Що з Вами? どうしましたか

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Висока темп-ра(_____ °C) 熱がある | <input type="checkbox"/> Біль у горлі のどが痛い | <input type="checkbox"/> Кашель せき | <input type="checkbox"/> Судомо けいれん けいれん |
| <input type="checkbox"/> Млявість(апатія) 元気がない | <input type="checkbox"/> Роздратованість 機嫌が悪い | <input type="checkbox"/> набряк むくみ | <input type="checkbox"/> Біль в голові 頭が痛い |
| <input type="checkbox"/> Біль в животі お腹が痛い | <input type="checkbox"/> Біль у грудях 胸が痛い | <input type="checkbox"/> висип 発疹 | <input type="checkbox"/> Біль в шлунку 胃が痛い |
| <input type="checkbox"/> блювота 嘔吐 | <input type="checkbox"/> Відсутній апетит 食欲がない | <input type="checkbox"/> Нудота 吐き気 | |
| <input type="checkbox"/> Недостатня прибавка у вазі 体重の増加不良 | <input type="checkbox"/> Пронос 下痢 | <input type="checkbox"/> Криваві випорожнення 血便 | |
| <input type="checkbox"/> Дискомфорт при вживанні молока ミルクの飲みが悪い | <input type="checkbox"/> Інше その他 | | |

Коли це почалось? それはいつからですか _____ Рік 年 _____ Місяць 月 _____ Число 日から

Чи була у Вас раніше алергічна реакція на ліки чи їжу та ін.? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

- Так はい → Ліки 薬 Яйця 卵 Молоко 牛乳 Інша їжа その他の食べ物 Інше その他 Ні いいえ

Приймаєте якісь ліки на даний момент? 現在飲んでいる薬はありますか

- Так はい → Покажіть, будь ласка, якщо маєте при собі 持っていれば見せてください Ні いいえ

В якому вигляді дитина може приймати ліки? どんな種類の薬が飲めますか

- Рідкі シロップ Порошки 粉薬 Таблетки або капсули 錠剤またはカプセル

Як проходили пологи? 出産の時のようす

- Вага дитини _____ g 赤ちゃんの体重 Вік матері _____ 母親の年齢
- Нормальні пологи 正常分娩 Ненормальні пологи 異常分娩 Кесарів розтин 帝王切開

Щеплення 接種済み予防接種

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hib (вакцина проти гемофільної інфекції типу i b) ヒブ | <input type="checkbox"/> пневмококк 肺炎球菌 |
| <input type="checkbox"/> Поліомієліт・ポリオ | <input type="checkbox"/> АКДС 三種混合 |
| <input type="checkbox"/> вакцина DPT-IPV 四種混合 | <input type="checkbox"/> БЦЖ BCG |
| <input type="checkbox"/> MR (кір, краснуха) 麻疹・風しん混合 | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа 水ぼうそう |
| <input type="checkbox"/> Японський енцефаліт 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> Свинка おたふく風邪 |
| | <input type="checkbox"/> Ротавірус ロタウイルス <input type="checkbox"/> Інше その他 |

Захворювання в минулому? 今までにかかった病気はありますか

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Краснуха 風しん | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> Кір 麻疹 | <input type="checkbox"/> Астма ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> Свинка おたふく風邪 | <input type="checkbox"/> Коклюш 百日ぜき | <input type="checkbox"/> Апендицит 虫垂炎 | |
| <input type="checkbox"/> Екзантемна хвороба Кавасаки 川崎病 | <input type="checkbox"/> Раптова екзантема 突発性発疹 | | |
| <input type="checkbox"/> Японський енцефаліт 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> Фебрильні судоми 熱性けいれん | <input type="checkbox"/> Інше その他 | |

Чи проходите Ви наразі курс лікування від якоїсь хвороби? 現在治療している病気はありますか

- Так はい Ні いいえ

Операції у минулому? 手術を受けたことがありますか

- Так はい Ні いいえ

Ви переносите наркоз? 麻酔をして何かトラブルがありましたか

- Ні はい Так いいえ

Чи зможете Ви наступного разу привезти перекладача з собою? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Так はい Ні いいえ