MIYAGI CHILDREN'S HOSPITAL
宮城県立こども病院

MIYAGI CHILDREN'S HOSPITAL

病院記入欄：医師署名欄：＿＿＿＿＿＿　□登録

Interview Sheet（問診票）

Name of Patient（患者氏名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Date of Birth（生年月日）：＿＿＿＿＿＿＿＿ (yyyy/mm/dd)　Age（年齢）：＿＿＿＿

Gender（性別）：□ Male □ Female □ Others

Describer（記載者）：＿＿＿＿＿＿＿＿　Relationship to the patient（続柄）：＿＿＿＿＿＿

Date of filling out（記載日）：＿＿＿＿＿＿＿＿ (yyyy/mm/dd)

●Reasons for consultation（受診理由）：

●Family structure （家族構成）

Relationship（続柄）	Name（名前）	Date of Birth（生年月日）(yyyy/mm/dd)	Living together	Medical history（既往，治療歴）
Father			□ Yes □ No	
Mother			□ Yes □ No	
*Put down other family members below				
			□ Yes □ No	
			□ Yes □ No	
			□ Yes □ No	
			□ Yes □ No	

●Pregnancy Health Reference（妊娠中の経過）

Hypertensive disorders （高血圧）	☐ No ☐ Light ☐ Medium ☐ Heavy
Preterm labor（切迫早産）	☐ No ☐ Yes _____ months
Fetal abnormality（胎児の異常）	☐ No ☐ Yes /_____
Other diseases during the period of pregnancy（妊娠中に指摘された異常）	☐ No ☐ Yes /_____

●Birth status of patient （出生時の状況）

Length of pregnancy（妊娠週数）： _____ weeks _____ days

Delivery method（分娩方法）： ☐ Natural ☐ Vacuum（吸引） ☐ Cesarean section（帝王切開）
☐ Others /_____

Fetal position（胎位）： ☐ Head presentation（頭位） ☐ Breech presentation（骨盤位）
☐ Others /_____

Weight（体重）：_____ grams Head circumference（頭囲）：_____ cm

Height（身長）：_____ cm Chest circumference（胸囲）：_____ cm

Special conditions or treatment（特別な所見や処置）：
☐ None ☐ Asphyxia（仮死）
☐ Using the incubator（保育器） ☐ Phototherapy（光線療法）
☐ Others /_____

Did your baby suck well?（よく飲みますか？） ☐ Yes ☐ No

Did your baby cry vigorously?（元気に泣きますか） ☐ Yes ☐ No

● Development （発達）

Holding head upright（頚のすわり）：____ months Rolling over（寝返り）：____ months

Sitting on his or her own（おすわり）：____ months Crawling（はいはい）：____ months

Pulling oneself up by holding to something（つかまり立ち）：_____ months

Walking by oneself （一人歩き）：_____ months

Pointing（指さし）：_____ months

Speaking a meaningful word（意味のある言葉）：_____ months

Speaking two-word-sentence（2 語文） ：_____ months

- Nutrition（栄養）

  Feeding（哺乳）： ☐ Mother's milk（母乳） ☐ Formula（ミルク） ☐ Mixed（混合）

  Solid food （離乳食）： ☐ Not yet ☐ Started at _____ months old

- Allergies （アレルギー）

Allergic rhinitis（アレルギー性鼻炎）	☐ No ☐ Yes
Bronchial asthma（気管支喘息）	☐ No ☐ Yes
Food allergies（食物アレルギー）	☐ No ☐ Yes /_____
Nettle rash（じんましん）：	☐ No ☐ Yes
Allergic conjunctivitis（アレルギー性結膜炎）	☐ No ☐ Yes
Drug allergy（薬物アレルギー）	☐ No ☐ Yes /_____
Chemical sensitivity（化学性過敏）	☐ No ☐ Yes /_____
Sick-house syndrome（シックハウス症候群）	☐ No ☐ Yes /_____

- Case or medical history （既往歴など）

Congenital malformation（先天性異常）	☐ No ☐ Yes /_____
Hereditary disease（遺伝的疾患）	☐ No ☐ Yes /_____
Anaphylactic shock（アナフィラキシーショック）	☐ No ☐ Yes /_____
Hemorrhagic disease（出血性疾患）	☐ No ☐ Yes /_____
Change during anesthesia or surgery （麻酔による副作用）	☐ No ☐ Yes /_____
Change with analgesic or contrast agents （造影剤による副作用）	☐ No ☐ Yes /_____
Other symptoms（その他）	☐ No ☐ Yes /_____

● Inhabited environment（居住環境）

Home environment （居住地域）

☐ Urban areas（都市部） ☐ Suburbs（郊外）

Home （自宅） ☐ Single-family house（戸建）

☐ Condominium（マンション） ☐ Apartment house（アパート）

Pet animals （ペット） ☐No ☐ Yes /_____

Smoking（喫煙）

		Frequency
Patient	☐ No ☐ Yes	_____ cigarettes/day
Father	☐ No ☐ Yes	_____ cigarettes/day
Mother	☐ No ☐ Yes	_____ cigarettes/day
		_____ cigarettes/day

● Infection and Vaccination Check（感染症チェック）

	Vaccinated（予防接種）	Times（回数）	Infected（罹患）	Age（年齢）
Hib（ヒブ）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Pneumococcus（肺炎球菌）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Rotavirus（ロタウイルス）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Hepatitis B（B 型肝炎）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Polio（ポリオ）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Diphtheria（ジフテリア）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Pertussis（百日咳）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Tetanus（破傷風）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Tuberculosis，BCG（結核）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Measles（麻疹）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Rubella（風疹）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Mumps（おたふくかぜ）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Chicken pox（水痘）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	
Japanese encephalitis（日本脳炎）	☐Yes ☐Not yet		☐Yes ☐Not yet	

- Living habits (Weekday) （生活歴，平日）

Bed time（就寝時刻）	
Wake-up time（起床時刻）	
TV video viewing time	_____Hrs/day
Gaming time	_____Hrs/day
Portable gaming time	_____Hrs/day
PC time	_____Hrs/day
Mobile phone charge	_____Yen/month
Study time	_____Hrs/day
Lessons	☐ No ☐ Yes / _____
Sports	☐ No ☐ Yes / _____
Breakfast	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time
Dinner with family	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time
Spending talking or playing time with family	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time

- Living habits (Weekends)（生活歴，休日）

Sporting activities	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time
Enough rest	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time
Breakfast	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time
Dinner with family	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time
Spending talking or playing time with family	☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ No time