

Nihon Bay Clinic Pediatrics

日本ベイクリニック (小児科)

Date: _____

Name: _____

Medical History 病歴

1. CHIEF COMPLAINT ※現在気になる症状を分かる範囲でご記入ください。

2. ALLERGY アレルギー
- Medication 薬: Yes 有る No 無し Unknown わからない
- Penicillin ペニシリン Aspirin アスピリン
- Sulfa サルファ剤 Other []
- Food 食物: Egg 卵 貝・海老・カニ Nut ナッツ類
- Other []
- Other その他: Pollen 花粉 House Dust ほこり Mold Spore かび
- Other [] Atopic Dermatitis アトピー

3. CURRENT MEDICATIONS 常備薬 Please write the names and dosages of medications.
 Yes 有る No 無し ※有る場合は、薬品名と量を書き込んで下さい。

4. PERINATAL HISTORY 妊娠・出産時

Length of Delivery 妊娠期間: () weeks 週

Delivery Type 分娩様式: Normal 正常 Breech position 骨盤位 Vacuum 吸引

Forceps 鉗子 Cesarean 帝王切開

Measurements at birth 出生時

Weight 体重 ()g Height 身長 ()cm Head Circumference 頭囲 ()cm

Place of delivery 出生場所: USA アメリカ Japan 日本 Other その他 ()

Problems during pregnancy and/or at birth 妊娠中・出産時に何か問題はありましたか？
 Yes 有る [] No 無し

5. DEVELOPMENT 発達

Social Smile あやし笑い ()ヶ月 Head Control 首のすわり ()ヶ月 Sit Alone お坐り ()ヶ月

Walk Alone 独り歩き ()ヶ月 Meaningful Word 意味のある言葉 ()ヶ月

Two-Word Sentence 二語文 ()ヶ月

6. IMMUNIZATIONS 予防接種

Please attach records of immunizations. 予防接種の記録をご提出下さい。

Have your child ever had any reactions to vaccines? 予防接種後に副作用はありましたか？
 YES 有る [] No 無し

7. MAJOR HOSPITALIZATIONS, ILLNESSES & SURGERIES 入院歴と主な病歴、手術歴

	Age 年	Illness 病名	Surgery 手術	Hospital 病院	City/Country 病院所在地
1					
2					
3					

8. FAMILY HISTORY 家族歴

Stroke 脳卒中 () Cervical Cancer 子宮頸癌 () Food Allergy 食物アレルギー ()

High Cholesterol 高脂血症 () Breast Cancer 乳癌 () Hay Fever 花粉症 ()

Heart Disease 心臓病 () Stomach Cancer 胃癌 () Atopic Dermatitis アトピー ()

Diabetes 糖尿病 () Colon Cancer 大腸癌 () Asthma 喘息 ()

Hypertension 高血圧 () Childhood Cancer 小児期の癌 () Other その他 ()