

# PEDIATRIA

## 小児科問診票

Señale los síntomas con (✓).

año 年 mes 月 día 日

Nombre del niño/a **子どもの名前**  Hombre **男**  Mujer **女**  
 Fecha de nacimiento: 生年月日 \_\_\_\_ año 年 \_\_\_\_ mes 月 \_\_\_\_ día 日

Dirección **住所**  Teléfono **電話**

¿Tiene seguro de salud? **健康保険を持っていますか?**  
 no **無**  sí **有**

Nacionalidad **国籍** Idioma **言葉**

¿Qué le ha pasado? **どうされましたか**  
 fiebre( \_\_\_\_\_°C) **発熱**  convulsión **ひきつけをおこす**  
 mal humor **機嫌が悪い**  falta de ánimo **元気がない**  
 inapetencia a la leche **ミルクの飲みが悪い**  aumento insuficiente de peso **体重増加不良**  
 diarrea **下痢**  náuseas **気持ちが悪い**  otros **その他**  
 \* ¿Desde cuándo? **それはいつごろからですか**  
 desde \_\_\_\_\_ año 年 \_\_\_\_\_ mes 月 \_\_\_\_\_ día 日から

¿Es alérgico a algún medicamento o comida? **薬や食物でアレルギーを生じたことがありますか**  
 no **無**  sí **有** →  medicina **薬**  huevos **卵**  leche **牛乳**  
 alimentos **食べ物**  otros **その他**

¿Qué medicamentos tolera el niño/a? **どんな種類の薬が飲めますか**  
 líquido **水薬**  en polvo **粉薬**  tableta /cápsula **錠剤またはカプセル**

¿Actualmente está tomando medicamentos? **現在毎日飲んでいる薬はありますか**  
 no **無**  sí **有** → Si los tiene muéstrelos. **持っていれば見せてください**

¿Cómo fue el parto? **出産の状態はどんなでしたか**  
 peso al nacer \_\_\_\_\_ g **赤ちゃんの体重** edad de la madre \_\_\_\_\_ **母親の年齢**  
 parto normal **正常分娩**  parto anormal **異常分娩**  operación cesárea **帝王切開**

Vacunas recibidas **接種済み予防注射:**  
 prueba de tuberculina **TBCツベルクリン反応**  varicela **水痘**  
 polio **小児麻痺**  sarampión **麻疹**  paperas **おたふく風邪**  
 BCG  DPT(vacuna triple) **三種混合ワクチン**  
 rubéola **風疹**  otros **その他**

¿Qué enfermedades ha padecido? **過去にどのような病気をしましたか**  
 rubéola **風疹**  varicela **水痘**  sarampión **麻疹**  
 asma **喘息**  paperas **おたふく風邪**  tos ferina **百日咳**  
 convulsión febril **熱性痙攣**  enfermedad de Kawasaki **川崎病**  
 encefalitis japonesa **日本脳炎**  fiebre de tres días **突発性発疹**  
 apendicitis **虫垂炎**  otros **その他**  
 \* ¿Se ha curado de esa enfermedad? **その病気は治りましたか?**  
 no **いいえ**  sí **はい**

¿Ha sido internado alguna vez? **入院をしたことがありますか**  
 no **無**  sí **有**

¿Le han operado alguna vez? **手術を受けたことがありますか**  
 no **無**  sí **有**

produced by 国際交流ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!・Illusion Mill

### 担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、インターネットや支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきしたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトにて配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうがいい質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。

<http://www.k-i-a.or.jp/medical/>

2003年3月発行

「多言語医療問診票ホームページ <http://www.k-i-a.or.jp/medical/> Questionario Médico Multilingüe <http://www.k-i-a.or.jp/medical/> このホームページは、NPO 法人国際交流ハーティ港南台と財団法人かながわ国際交流財団が協働で作成しました。多言語医療問診票は更新されることがあるので必ずご確認ください。」

Este Home Page fue hecho por trabajo conjunto de NPO Kokusai Kouryuu Hearty Kounandai y de Fundación Kanagawa Kokusai Kouryuu. Favor confirmar antes de uso sobre posible alteración del cuestionario.