

Dear Parent 父兄の方へ:

This is a health questionnaire on your child. **Please complete this form. Bring it with you at the time of an appointment.** これはあなたのお子さんの健康に関する質問用紙です。この用紙の質問全部に回答し、回答を記入した用紙を予約した時間に持ってきてください。

Date completed 記入日: \_\_\_\_\_

Child's Name 子どもの氏名: \_\_\_\_\_ Date of Birth 子どもの誕生日: \_\_\_\_\_

Mother's Name 母親氏名: \_\_\_\_\_ Father/ Partner 父親またはパートナー氏名: \_\_\_\_\_

Home Address 自宅住所: \_\_\_\_\_

Home Phone 自宅電話番号: \_\_\_\_\_ Work Phone 職場電話番号: \_\_\_\_\_

This child lives with この子どもと同居しているのは:

- Mother 母親  Mother/Father 母親/父親  Mother/Partner 母親/パートナー  Father/Partner 父親/パートナー  
 Grandparent/Other 祖父母/その他

### FAMILY HISTORY 家族の履歴

1. Mother 母親 Age 年齢: \_\_\_\_\_ Current Health 現在の健康状態: \_\_\_\_\_

Past Health Problems 過去の健康上の問題: \_\_\_\_\_

2. Father/ Partner 父親またはパートナー Age 年齢: \_\_\_\_\_

Current Health 現在の健康状態: \_\_\_\_\_

Past Health Problems 過去の健康上の問題: \_\_\_\_\_

3. Marital Status of Parents 両親の婚姻状況: \_\_\_\_\_

M.I.T. Affiliation MITでの所属: \_\_\_\_\_

4. Other Children in Family 家族の他の子ども:

<u>Dates of Birth</u> 生年月日	<u>Name</u> 氏名	<u>State of Health</u> 健康状態
• _____	_____	_____
• _____	_____	_____
• _____	_____	_____
• _____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care?  yes はい  no いいえ

あなたの子どもの医療に影響する可能性のある文化的・宗教的習慣がありますか?

If yes, please explain: (examples: blood transfusion, dietary rules) 「はい」の場合、その内容を説明してください。  
(例えば輸血制限、食物の制限など):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Is there a history in the family/ a blood relative of 家族、血縁の中で、下記に該当する人がいますか:

- a. Tuberculosis 結核  yes はい  no いいえ
- b. Diabetes 糖尿病  yes はい  no いいえ
- c. Asthma, hay fever, eczema, allergies ぜん息、花粉症、アトピー、アレルギー  yes はい  no いいえ
- d. Mental Disorder 精神疾患  yes はい  no いいえ
- e. Seizures てんかん  yes はい  no いいえ
- f. Hepatitis 肝炎  yes はい  no いいえ
- g. Heart disease, stroke, high cholesterol 心臓病、脳卒中、高コレステロール  yes はい  no いいえ
- h. Cancer ガン  yes はい  no いいえ
- If yes, what kind 「はい」の場合、その種類: \_\_\_\_\_
- i. Birth defects, genetic defects 先天性異常、遺伝子異常  yes はい  no いいえ
- j. Other serious medical problems 他の重大な医学的問題  yes はい  no いいえ

## PRENATAL HISTORY 妊娠中の状況

1. While pregnant, did mother have 妊娠中、母親には下記の問題がありましたか:

- a. High blood pressure 高血圧  yes はい  no いいえ
- b. Bleeding or spotting 大量または少量の出血  yes はい  no いいえ
- c. Kidney Disease 腎臓病  yes はい  no いいえ
- d. Toxemia 妊娠中毒  yes はい  no いいえ
- e. Gestational diabetes 妊娠性糖尿病  yes はい  no いいえ
- f. Threatened Miscarriage 切迫流産  yes はい  no いいえ
- g. German Measles Rubella 風疹  yes はい  no いいえ
- h. Illness other than cold or flu 風邪・インフルエンザ以外の病気  yes はい  no いいえ
- i. Premature labor 早産  yes はい  no いいえ

2. Were medications or herbs taken during pregnancy?  yes はい  no いいえ

妊娠中に薬やハーブを飲みましたか?

If yes, what kind 「はい」の場合、その種類: \_\_\_\_\_

3. Was a fertility treatment used for this pregnancy?  yes はい  no いいえ

この子を妊娠するために不妊治療を受けましたか?

If yes, what kind 「はい」の場合、その種類: \_\_\_\_\_

## BIRTH HISTORY 出産の状況

1. Where was baby born 赤ちゃんはどこで生まれましたか: \_\_\_\_\_

2. Was labor induced 誘発分娩でしたか?  yes はい  no いいえ

3. Was labor helped by medication 分娩を促すために医薬品を用いましたか?  yes はい  no いいえ

4. Duration of labor 分娩に要した時間: \_\_\_\_\_

5. Was baby born early: (less than 38 weeks) 妊娠38週より早く生まれましたか  yes はい  no いいえ

6. Was baby born late (after 42 weeks) 妊娠42週を過ぎて生まれましたか  yes はい  no いいえ

7. What was the method of delivery 分娩方法は?  yes はい  no いいえ

- Spontaneous vaginal 自然分娩
- Forceps 鉗子[かんし]分娩
- Breech 逆子
- Caesarean 帝王切開 Reason 理由: \_\_\_\_\_

8. Birth weight of baby 誕生時の赤ちゃんの体重: \_\_\_\_\_

9. Apgar score, if known もし分かれば、アプガー・スコア: \_\_\_\_\_

10. During hospital stay, did baby have any of the following 入院中の赤ちゃんに以下が該当しましたか:

- a. Jaundice 黄疸  yes はい  no いいえ
- b. Antibiotic treatment 抗生物質治療  yes はい  no いいえ
- c. Rash 発疹  yes はい  no いいえ
- d. Blue spells チアノーゼ  yes はい  no いいえ
- e. Convulsions けいれん、ひきつけ  yes はい  no いいえ
- f. Did baby remain in hospital longer than mother?  yes はい  no いいえ  
赤ちゃんは母親より長く入院していましたか?

11. How was baby fed? ミルクの与え方は?

- Breast 母乳
- Bottle 哺乳瓶

## DEVELOPMENTAL HISTORY 発育歴:

1. At what age did child 各段階に達した時の子どもの月齢・年齢を記入してください:

Age 月齢・年齢

- a. Hold up head 首がすわる \_\_\_\_\_
- b. Roll over 寝返りを打つ \_\_\_\_\_
- c. Sit unsupported 支え無しに座る \_\_\_\_\_
- d. Stand alone ひとりで立つ \_\_\_\_\_
- e. Walk 歩く \_\_\_\_\_
- f. Talk 話す \_\_\_\_\_
- g. Toilet train トイレ・トレーニング \_\_\_\_\_
- h. Feed her/himself 自分で食べる \_\_\_\_\_
- i. Dress her/himself 自分で着替える \_\_\_\_\_

## IMMUNIZATIONS 予防接種

PLEASE GIVE US A COPY OF PREVIOUS IMMUNIZATIONS/VACCINES and TB (Tuberculosis Testing or BCG Vaccination) 過去に受けた予防接種、ワクチン、結核検査、BCG接種の証明書コピーを提出してください。

### PAST MEDICAL HISTORY 過去の病歴:

1. Has the child had この子どもがかかったことがある病気は?:

- a. Chicken pox 水ぼうそう  yes はい  no いいえ
- b. Measles Rubeola はしか  yes はい  no いいえ
- c. German Measles Rubella 風疹  yes はい  no いいえ
- d. Mumps おたふく風邪  yes はい  no いいえ
- e. Meningitis 髄膜炎  yes はい  no いいえ
- f. Convulsions てんかん  yes はい  no いいえ
- g. Contusions 打撲傷  yes はい  no いいえ
- h. Fractures 骨折  yes はい  no いいえ
- i. Poison Ingestion 毒の摂取  yes はい  no いいえ
- j. Operations 手術  yes はい  no いいえ
- k. Blood transfusions 輸血  yes はい  no いいえ

l. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalassemia) 貧血(鉄分不足、鎌状細胞、サラセミア)  yes はい  no いいえ

m. Hospitalizations 入院  yes はい  no いいえ

If yes, what illness? 「はい」の場合、何の病気? \_\_\_\_\_

n. Other serious medical illnesses 他の重大な病気:  yes はい  no いいえ

If yes, what kind? 「はい」の場合、病名は? \_\_\_\_\_

o. Is your child currently taking any medications, vitamins, or herbs  yes はい  no いいえ

現在お子さんは薬、ビタミン、ハーブを摂っていますか:

Medications 薬の名前                      Strength or dose 摂取量                      How often 摂取回数

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

p. Reaction to drug or foods (allergy) 薬や食品への反応(アレルギー)  yes はい  no いいえ

If yes, please explain 「はい」の場合、その説明: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

q. Any chronic or recurring pain? 慢性または再発性の痛みはありますか?  yes はい  no いいえ

If yes, please explain 「はい」の場合、その説明: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Eyes 目:

a. Any visual problems? 視力に問題がありますか?  yes はい  no いいえ

b. Do eyes look crossed? 斜視はありますか?  yes はい  no いいえ

c. Does the child wear glasses? メガネは使用していますか?  yes はい  no いいえ

3. Ears 耳:

a. Any hearing problems? 聴力に問題がありますか?  yes はい  no いいえ

b. Three or more ear infections? 耳の炎症に3回以上かかったことがありますか?  yes はい  no いいえ

4. Nose 鼻:

a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose?  yes はい  no いいえ  
頻繁にくしゃみをしたり、鼻をふいたりしますか?

b. Has the child had frequent nose bleeds? 頻繁に鼻血を出しますか?  yes はい  no いいえ

5. Throat のど:

a. Does your child have three or more strep throat infections per year?  yes はい  no いいえ  
1年間に3回以上、連鎖球菌咽頭炎(ストレップ・スロート)にかかりますか?

6. Heart 心臓: Have you ever been told your child has お子さんが以下に該当すると言われたことがありますか:

a. A heart murmur 心雑音  yes はい  no いいえ

b. High blood pressure 高血圧  yes はい  no いいえ

c. Heart defect 心臓欠陥  yes はい  no いいえ

7. Lungs 肺: Has your child ever had お子さんは以下に該当したことがありますか:
- a. Bronchitis or pneumonia 気管支炎または肺炎  yes はい  no いいえ
  - b. Asthma/wheezing ぜん息、ゼーゼーあえぐ  yes はい  no いいえ
  - c. Chronic cough 慢性的セキ  yes はい  no いいえ

8. Does your child tire easily? お子さんは疲れやすいですか?  yes はい  no いいえ

9. Abdomen 腹部: Has your child ever had お子さんは以下に該当したことがありますか:
- a. Jaundice 黄疸  yes はい  no いいえ
  - b. Blood in bowel movement 血便  yes はい  no いいえ
  - c. Frequent abdominal pain 頻繁な腹痛  yes はい  no いいえ
  - d. Frequent vomiting or diarrhea 頻繁な嘔吐または下痢  yes はい  no いいえ
  - e. Marked weight loss 大幅な体重減少  yes はい  no いいえ
  - f. Difficulty with appetite or eating?  yes はい  no いいえ  
 食欲不振、または食べるのが難しいことはありましたか?  
 If yes, please explain 「はい」の場合、その説明: \_\_\_\_\_

10. Kidney 腎臓:
- a. Has your child ever had a urinary tract infection?  yes はい  no いいえ  
 お子さんは尿路感染症にかかったことがありますか?
  - b. Has there ever been blood in the urine? 尿に血が混じったことは?  yes はい  no いいえ
  - c. Does your child ever wet the bed? おねしょをしたことは?  yes はい  no いいえ
  - d. Does your child ever complain of burning or frequency of urination?  yes はい  no いいえ  
 頻繁な排尿や、排尿時の痛みを訴えたことは?

11. Skin 皮膚:
- a. Any sensitivity or allergy? 敏感症またはアレルギーはありますか?  yes はい  no いいえ
  - b. Eczema or atopic dermatitis? アトピーは?  yes はい  no いいえ
  - c. Acne? ニキビは?  yes はい  no いいえ

12. Extremities 四肢: Has your child お子さんは以下に該当したことがありますか:
- a. Had weakness or paralysis of arms or legs?  yes はい  no いいえ  
 腕または脚の力が入らない、またはマヒは?
  - b. A persistent limp? いつも脚を引きずりますか?  yes はい  no いいえ
  - c. Ever worn corrective shoes or braces  yes はい  no いいえ  
 矯正用靴や固定装具をつけたことがありますか?

13. Neurological 神経: Has your child ever had お子さんは以下に該当したことがありますか
- a. Frequent headaches 頻繁な頭痛  yes はい  no いいえ
  - b. Convulsions or seizures てんかん  yes はい  no いいえ
  - c. Dizziness めまい  yes はい  no いいえ
  - d. Fainting 気絶  yes はい  no いいえ
  - e. Breath holding 息止め発作  yes はい  no いいえ
  - f. Temper tantrums かんしゃく  yes はい  no いいえ

14. Is your child あなたのお子さんは以下に該当しますか
- a. Overactive 過活動性  yes はい  no いいえ
  - b. Impulsive 衝動性  yes はい  no いいえ
  - c. Lacking in self control 自制心の欠如  yes はい  no いいえ
  - d. Does your child have problems with お子さんは下記に関して問題がありますか:
    - Peers 友人  yes はい  no いいえ
    - Siblings 兄弟姉妹  yes はい  no いいえ
    - Parents 両親  yes はい  no いいえ
    - Sleep 睡眠  yes はい  no いいえ
    - Attention span 注意力の持続  yes はい  no いいえ
    - Attending school 学校への出席  yes はい  no いいえ
    - Learning 学習  yes はい  no いいえ
    - Mood 気分  yes はい  no いいえ
  - e. Are there concerns about physical, sexual, or emotional abuse?  yes はい  no いいえ  
 身体的、性的、精神的虐待に懸念がありますか?

(You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617-253-2916 for any of the above. 上記のいずれに  
 関しても**精神衛生サービス部**の電話番号617-253-2916に連絡して診察の予約を取ることができます。)

15. Has your child begun puberty? お子さんの思春期は始まりましたか?  yes はい  no いいえ

16. Any other concerns you would like to discuss? 他に相談したい事柄はありますか? \_\_\_\_\_

Parent signature 親の署名 \_\_\_\_\_ Date 日付 \_\_\_\_\_ Provider name 医療提供者名 Date reviewed レビュー日 \_\_\_\_\_