

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

MIT Medical Department
MIT 医療部門Pediatrics History Form
小児科病歴記入用紙

Dear Parent: ご両親へ

This is a health questionnaire on your child. **Please complete this form. Bring it with you at the time of an appointment.** これはお子様の健康状態に関するアンケートです。この用紙に記入し、ご予約された時間に来院した際、一緒に持ってきてください。

Date completed 記入日: _____

Child's Name 子供氏名: _____ Date of Birth 誕生日: _____

Contact Information for Parent 1 親 1 の連絡先

Name 氏名: _____ Email メールアドレス: _____

Home Address 自宅住所: _____

Home Phone 自宅電話番号: _____ Work Phone 職場電話番号: _____

Cell/Other 携帯/その他: _____

Contact Information for Parent 2 親 2 の連絡先

Name 氏名: _____ Email メールアドレス: _____

Home Address 自宅住所: _____

Home Phone 自宅電話番号: _____ Work Phone 職場電話番号: _____

Cell/Other 携帯/その他: _____

This child lives with この子は: ・ Mother 母親 ・ Father 父親 ・ 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/その他と一緒に住んでいます。

MIT Affiliation MIT 関係者

Person 人: _____ Position 役職: _____ Department 部署: _____

FAMILY HISTORY 血縁者病歴

1. Parent 1 親 1 Age 年齢: _____ Current Health 現在の健康状態: _____
Past Health Problems 過去の病歴: _____

Ethnicity 民族: _____ Education/Training 教育/訓練: _____

2. Parent 2 親 2 Age 年齢: _____ Current Health 現在の健康状態: _____
Past Health Problems 過去の病歴: _____

Ethnicity 民族: _____ Education/Training 教育/訓練: _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

3. Marital Status of Parents 保護者の婚姻状態: _____

4. Other Children in Family 家族の他の子供:

<u>Date of Birth</u>	<u>Gender</u>	<u>Name</u>	<u>Healthy or Medical Issues?</u>
<u>誕生日</u>	<u>性別</u>	<u>氏名</u>	<u>健康的問題の有無</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? お子さんの治療に影響するよう
な文化的または宗教の慣習はありますか? • no いいえ • yes はい

If yes, please explain (e.g. blood transfusion, dietary rules, etc.): 「はい」の場合は、その内容を詳しく記入して
下さい。(例えば、輸血制限、食事制限など) _____

6. Is there tobacco use in/around your household? ご家庭の中や周辺で、葉巻煙草を使用されている人はいますか?

• no いいえ • yes はい

7. Is there a history in the **family/a blood relative of:** 家族/血縁者の中に以下の病歴をお持ちの人はいますか

If yes, state relationship to child 「はい」の場合、お子様との関係を記入して下さい

a. Allergies アレルギー _____ • no いいえ • yes はい _____

b. Anxiety 不安症 _____ • no いいえ • yes はい _____

c. Asthma 喘息 _____ • no いいえ • yes はい _____

d. Birth Defects/Genetic Problems 先天性疾患/遺伝的疾患 _____ • no いいえ • yes はい _____

e. Cancer 癌

i. Brain 脳 _____ • no いいえ • yes はい _____

ii. Breast 乳房 _____ • no いいえ • yes はい _____

iii. Colon 大腸・結腸 _____ • no いいえ • yes はい _____

iv. Ovarian 卵巣 _____ • no いいえ • yes はい _____

v. Skin 皮膚 _____ • no いいえ • yes はい _____

vi. Thyroid 甲状腺 _____ • no いいえ • yes はい _____

vii. Other (describe and state relationship to child) その他 (お子様との関係を記入して下さい) : _____

f. Depression うつ _____ • no いいえ • yes はい _____

g. Diabetes 糖尿 _____ • no いいえ • yes はい _____

h. Hearing Loss 聴力損失 _____ • no いいえ • yes はい _____

i. Heart Attack 心臓発作 _____ • no いいえ • yes はい _____

If yes, state relationship to child 「はい」の場合、お子様との関係を記入して下さい

j. Heart Disease 心臓病 _____ • no いいえ • yes はい _____

k. Hepatitis 肝炎 _____ • no いいえ • yes はい _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- | | | |
|------------------------------------|----------------|----------------|
| l. High Blood Pressure 高血圧 _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |
| m. High Cholesterol 高コレステロール _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |
| n. Learning Disability 学習障害 _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |
| o. Mental Illness 精神障害 _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |
| p. Seizures 発作、脳卒中 _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |
| q. Thyroid Problems 甲状腺異常 _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |
| r. Tuberculosis 結核 _____ | • no いいえ _____ | • yes はい _____ |

PRENATAL HISTORY 妊娠中の状況

1. While pregnant, did mother have 妊娠中、母親に下記の症状はありましたか

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

2. Were medications or herbs taken during pregnancy? 妊娠中に薬物やハーブによる治療をうけましたか?

• no いいえ • yes はい

If yes, what kind 「はい」の場合、その種類: _____

3. Was a fertility treatment used for this pregnancy? この子を妊娠する際に不妊治療を受けましたか?

• no いいえ • yes はい

If yes, what kind 「はい」の場合、その種類: _____

BIRTH HISTORY 出産に関して

- Where was child born 生まれた場所: _____
- Was labor induced? 誘発分娩でしたか? _____ • no いいえ • yes はい
- Was labor helped by medication? 分娩を促進する際に医薬品を使用しましたか? • no いいえ • yes はい
- Duration of labor: 分娩に要した時間 _____
- Was child born early (less than 38 weeks)? 妊娠 38 週より早く生まれましたか? • no いいえ • yes はい
- Was child born late (after 42 weeks)? 妊娠 42 週を過ぎて生まれましたか? _____ • no いいえ • yes はい
- What was the method of delivery: 分娩方法は?
 - Breech 逆子
 - Caesarean (Please state reason): 帝王切開 (理由を書いてください) _____
 - Forceps 鉗子 (かんし) 分娩
 - Spontaneous vaginal 自然分娩
- Child's birth weight: 誕生時の赤ちゃんの体重: _____
- Apgar Score (if known): アプガー・スコア (もし分かれば) : _____
- During the hospital stay, did child have any of the following: 入院時に赤ちゃんに次の項目で該当したのがありますか?

<http://medweb.mit.edu>

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- a. Antibiotic treatment 抗生物質治療 _____ • no いいえ • yes はい
- b. Blue spells チアノーゼ _____ • no いいえ • yes はい
- c. Convulsions けいれん、ひきつけ _____ • no いいえ • yes はい
- d. Jaundice 黄疸 _____ • no いいえ • yes はい
- e. Skin rash 皮膚発疹 _____ • no いいえ • yes はい
- f. Did child remain in hospital longer than mother? 赤ちゃんはお母さんより長く入院しましたか? _____ • no いいえ • yes はい

11. How was/is baby fed? ミルクの与え方は?

- Bottle 哺乳瓶
- Breast 母乳

DEVELOPMENTAL HISTORY 発育歴:

1. At what age did child 各成長段階に達した際の年齢・月齢を記入して下さい: Age 年齢・月齢

- a. Hold up head 首が座る _____
- b. Roll over 寝返りを打つ _____
- c. Sit unsupported 支え無しに座る _____
- d. Stand alone 1人で立つ _____
- e. Walk 歩く _____
- f. Talk 話す _____
- g. Toilet train トイレ・トレーニング _____
- h. Feed him/herself 自分で食べる _____
- i. Dress him/herself 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下さい。

PAST MEDICAL HISTORY 過去の病歴:

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

- a. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalassemia) 貧血 (鉄分不足、鎌状細胞、サラセミア) _____ • no いいえ • yes はい
- b. Blood transfusions 輸血 _____ • no いいえ • yes はい
- c. Chicken pox (Varicella) 水ぼうそう _____ • no いいえ • yes はい
- d. Contusions 打撲傷 _____ • no いいえ • yes はい
- e. Convulsions ひきつけ _____ • no いいえ • yes はい
- f. Fractures 骨折 _____ • no いいえ • yes はい

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- g. German Measles (Rubella) 風疹 _____ • no いいえ • yes はい
 h. Hospitalizations_入院 _____ • no いいえ • yes はい
 i. Measles (Rubeola) はしか _____ • no いいえ • yes はい
 j. Meningitis 髄膜炎 _____ • no いいえ • yes はい
 k. Mumps おたふく風邪 _____ • no いいえ • yes はい
 l. Operations 手術 _____ • no いいえ • yes はい
 If yes, what illness? 「はい」の場合、どのような病気ですか? _____

- m. Poison ingestion 毒の摂取 _____ • no いいえ • yes はい
 n. Other serious medical illnesses その他の重大な病気 _____ • no いいえ • yes はい
 If yes, what kind? 「はい」の場合、どのような病気ですか? _____

- o. Is your child currently taking any medications, vitamins or herbs? 現在お子さんは薬、ビタミン、ハーブを摂取していますか? _____ • no いいえ • yes はい

Medication 薬の名前	Strength/Dose 摂取量	How Often? 摂取回数
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- p. Reaction to medication or food (allergy) 薬や食物への反応 (アレルギー) _____ • no いいえ • yes はい
 If yes, please explain: 「はい」の場合その内容: _____

Any chronic or recurring pain? 慢性または再発性の痛みはありますか? _____ • no いいえ • yes はい
 If yes, please explain: 「はい」の場合その内容: _____

2. Eyes: 目:

- a. Any visual problems 視力に問題がありますか? _____ • no いいえ • yes はい
 b. Do eyes look crossed? 斜視はありますか? _____ • no いいえ • yes はい
 c. Does the child wear eyeglasses 眼鏡は使用していますか? _____ • no いいえ • yes はい

3. Ears: 耳:

- a. Any hearing problems? 聴力に問題がありますか? _____ • no いいえ • yes はい
 b. Three or more ear infections? 耳の炎症に3回以上かかったことはありますか? • no いいえ • yes はい

4. Nose: 鼻:

- a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose? お子さんは頻繁にくしゃみをしたり鼻をふいたりしますか? _____ • no いいえ • yes はい
 b. Has the child had frequent nose bleeds? お子さんは頻繁に鼻血を出しますか? • no いいえ • yes はい

5. Throat: のど:

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

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

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はありますか

- a. A heart murmur? 心雑音? _____ • no いいえ • yes はい
- b. Heart defect? 心臓欠陥? _____ • no いいえ • yes はい
- c. High blood pressure? 高血圧? _____ • no いいえ • yes はい

7. Lungs: 肺:

Has your child ever had お子さんは以下に該当したことはありますか?

- a. Asthma/wheezing? 喘息、ゼーゼーあえぐ? _____ • no いいえ • yes はい
- b. Bronchitis or pneumonia? 気管支炎または肺炎? _____ • no いいえ • yes はい
- c. Chronic cough? 慢性的な咳 _____ • no いいえ • yes はい

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

9. Abdomen 腹部

Has your child ever had お子さんは以下に該当したことはありますか

- a. Blood in bowel movement? 血便 _____ • no いいえ • yes はい
- b. Difficulty with appetite or eating? 食欲不振、または食べることが難しいことがありましたか? _____
 _____ • no いいえ • yes はい
- c. Frequent abdominal pain? 頻繁な腹痛 _____ • no いいえ • yes はい
- d. Frequent vomiting or diarrhea? 頻繁な嘔吐または下痢 _____ • no いいえ • yes はい
- e. Jaundice? 黄疸 _____ • no いいえ • yes はい
- f. Marked weight loss? 大幅な体重減少 _____ • no いいえ • yes はい
- If yes, please explain: 「はい」の場合の詳細 _____

10. Kidney 腎臓:

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

11. Skin: 皮膚:

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

12. Extremities: 四肢:

Has your child お子様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? 腕または脚の力が入らない、またはマヒしたことは? _____
 _____ • no いいえ • yes はい
- b. A persistent limp? 継続的に脚を引きずりますか? _____ • no いいえ • yes はい

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- c. Every worn corrective shoes or braces? 矯正用靴や固定装具をつけたことがありますか? _____
_____ • no いいえ • yes はい

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. Breath holding? 息止め発作 _____ • no いいえ • yes はい
- b. Convulsions or seizures? 痙攣またはひきつけ _____ • no いいえ • yes はい
- c. Dizziness? めまい _____ • no いいえ • yes はい
- d. Fainting? 気絶 _____ • no いいえ • yes はい
- e. Frequent headaches? 頻繁な頭痛 _____ • no いいえ • yes はい
- f. Temper tantrums? かんしゃく _____ • no いいえ • yes はい

14. Is your child

お子さんは以下に該当しますか

- a. Impulsive? 衝動的ですか? _____ • no いいえ • yes はい
- b. Lacking in self-control? 自制心が欠如していますか? _____ • no いいえ • yes はい
- c. Overactive? 過活動的ですか? _____ • no いいえ • yes はい
- d. Does your child have problems with お子様は以下の項目に関して問題がありますか
 - i. Attending school? 学校への出席 _____ • no いいえ • yes はい
 - ii. Attention span? 注意力の持続 _____ • no いいえ • yes はい
 - iii. Learning? 学習 _____ • no いいえ • yes はい
 - iv. Mood? 気分 _____ • no いいえ • yes はい
 - v. Parents? 両親 _____ • no いいえ • yes はい
 - vi. Peers? 友達 _____ • no いいえ • yes はい
 - vii. Siblings? 兄弟姉妹 _____ • no いいえ • yes はい
 - viii. Sleep? 睡眠 _____ • no いいえ • yes はい
- e. Are there concerns about physical, sexual or emotional abuse? 身体的、性的、精神的虐待に関する懸念事項はありますか? _____ • no いいえ • yes はい

(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 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? _____ • no いいえ • yes はい

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 確認日