平成　年　月　日 **Interview Sheet** (for first visit)

Address 住所	〒　　－		
Child's name 名前	☐Male 男 ☐Female 女		
Date of birth 生年月日	＿＿＿year ＿＿＿month ＿＿＿day		
Age年齢	years-old	Weight体重	kg
National Origin 国籍		Language 言葉	
Phone電話番号			

What illnesses have you had in the past?　今までにかかった病気は？
☐rubella 風疹 ☐Varicella 水痘 ☐measles 麻疹 ☐mumps おたふく風邪 ☐asthma 喘息 ☐seizures 熱性けいれん（how long～　　　　） ☐others その他（　　　　）
Do you have any food or medicine allergies? アレルギーは？
☐Yesはい⇒ ☐medication 薬 ☐egg 卵 ☐milk 牛乳 ☐others その他 ☐NOいいえ
Are you currently taking medicine? 現在飲んでいる薬はありますか？
☐Yesはい⇒ If you have any with you now, please show them to me. ☐Noいいえ
What kind of oral medicine can you(he.she)take? 薬の種類は？
☐syrupシロップ ☐powder粉薬 ☐tablet or capsule錠剤、カプセル

What are your symptoms? どうしましたか	
(　　　F) ☐fever(　　　℃) 発熱	How long have you had these ploblems? Since (　　)month (　　)day
☐headache 頭痛	Since (　　)month (　　)day
☐cough 咳	Since (　　)month (　　)day
☐stuffiness 鼻がつまる	Since (　　)month (　　)day
☐runny nose 鼻がでる	Since (　　)month (　　)day
☐sore throat 喉が痛い	Since (　　)month (　　)day
☐vomiting 嘔吐(　　times/day　　)	Since (　　)month (　　)day
☐nausea 吐き気	Since (　　)month (　　)day
☐diarrhea 下痢(　　times/day　　)	Since (　　)month (　　)day
☐bloody stool 血便	Since (　　)month (　　)day
☐abdominal pain 腹痛	Since (　　)month (　　)day
☐constipation 便秘	Since (　　)month (　　)day
☐suspicion of mumps/chickenpox おたふく風邪・水痘の疑い	Since (　　)month (　　)day

eye problems 目の症状	☐mucous discharge めやに ☐itching 目の痒み ☐hyperemia 充血	
skin problems 皮膚の症状	☐rash 発疹 ☐dry skin 皮膚の乾燥	How long have you had these ploblems? Since (　　)month(　　)day

☐others その他