受診される方へ　塚越内科小児科
A l'intention des personnes venues en consultation
Cabinet Tsukagoshi Maladies internes-Pédiatrie

つぎの問診項目にご回答下さい

Veuillez répondre aux questions suivantes et remplir le formulaire.

■氏名 Nom et prénom:

■生年月日 Date de naissance: ＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿

■体重　Poids: ＿＿＿Kg

■連絡先　電話 (携帯)　　－　　－

Numéro de téléphone (portable) à contacter:

＿＿＿＿＿－　　－＿＿＿＿＿

■今日はどうされましたか　症状を具体的に

Pourquoi venuz-vous aujourd'hui en consultation ?

Veuillez décrire de maniére concrétes les symptômes ou troubles que vous ressentez ?

■今までに大きな病気にかかったことがありますか

Avez-vous déjà souffert par le passé de de graves maladies ?　　OUI　NON

病名　Nom de la/des maladie(s): ＿＿＿＿＿＿

■手術をしたことがありますか

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ?

OUI　NON

手術の内容　Type d'operation chirurgicale:

■あなたの家族に大きな病気をした方がいますか

Est-ce qu'il y a des membres de votre famille qui ont souffert ou souffrent de maladies graves ?

OUI　NON

病名　続柄　Si oui, indiquer le nom de la/des maladie(s): ＿＿＿＿＿＿Lien de parenté: ＿＿＿

■現在、他のお医者さん,歯医者さん等に通院していますか

Est-ce que vous suivez actuellement un traitement chez un autre médecin ou un dentiste ?

OUI　NON

病名 Si oui, indiquer le nom de la/des maladie(s):

病医院名 Nom du cabinet/ou de l'hôpital:

※病名 Le cas échéant, veuillez indiquer le nom des médicaments que vous prenez: ＿＿＿＿＿＿

■薬や食品のアレルギーはありますか

Est-ce que vous êtes allergique à certains médicaments ou aliments ?　　OUI　NON

原因　Cause de l'allergie:＿＿＿＿＿＿＿＿

■タバコ （本／日）

Consommation de tabac:　(＿＿＿Cigarettes/jour)

■アルコール（ビール，ウイスキー，日本酒，焼酎　／日）

Consommation d'alcool:

(Bière, whisky, saké, shochu, etc. Indiquer la quantité consommée　＿＿＿par jour)

■（女性の方のみ Question réservée aux femmes)

現在、妊娠中ですか　Est-ce que vous êtes enceinte acctuellement ?　　OUI　NON

現在、授乳中ですか　Est-ce que vous allaitez ?

OUI　NON