

相談内容

予約日時	担当医師	お子さまの名前	当日連絡が可能な連絡先
日 時	小児科 (榑原先生 ・ 元田先生)	フリガナ 漢字	

点線より上が見えるように折ってください

お子さまの年齢	性別	保護者の名前
	男 ・ 女	

ご相談したいことを簡単にご記入ください。(お薬の相談をする時は、その薬のパッケージごと持参してください。)

問 診 票

相談日	年	月	日
滞在都市			
ふりがな			
氏 名	男・女		
年齢	歳	生年月日	年 月 日
滞在期間	年 ヶ月		

世帯主の当地滞在の形態 (必ずご記入下さい)

日本の企業等からの派遣
日本の派遣元企業(機関)名：

当地の勤務先企業(機関)名(現法、合弁会社名等)：

その他
在住・留学・その他()

3. 出生時の状況に付き記述して下さい。

- 1) 体重 g 2) 身長 cm
3) 胸囲 cm 頭囲 cm
4) 在胎週数 週 5) 分娩様式
6) 新生児仮死の有・無 7) 新生児黄疸の有・無

4. 栄養法 (出生後3か月)

完全母乳 混合栄養 人工栄養

5. 成長・発達状況

現在の身長 _____ 体重 _____
 胸囲 _____ 頭囲 _____
首のすわり(か月)、寝返り(か月)、お座り(か月)
つかまり立ち(か月)、一人歩き(か月)、始語(歳 か月)

6. 予防接種の実施状況

Hib 肺炎球菌 DPT-IPV DPT ポリオ BCG
MR 麻疹 風疹 水痘 日本脳炎 DT
おたふくかぜ A型肝炎 B型肝炎
その他 _____

7. アレルギー歴の有無

アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、喘息(様気管支炎)、花粉症、
その他

8. 現在の心配、問題点等医師に相談したいこと

(以下、医師記入欄)

A. 医師の所見・指示

薬剤処方 あり/なし
薬物アレルギーの有・無
 ↳ 薬剤名()

B. 評価 assessment

要治療 treatment required
要精査 further examination
経過観察 keep observation
問題なし nothing particular

具体内容

physician's signature _____

1. 現在治療中の病気はありますか。

病名 _____ なし

病院名 _____

2. 現在までに医師の治療を受けたことはありますか。

病名 才頃

病名 才頃

病名 才頃

アンケート

国： タイ

都市： バンコク

● アンケートにご協力ください。 **一世帯一枚** でお願ひします。 **記入者について** おうかがひします。

① ご本人又はお子さんの参加（予定）日： 2018 年 月 日

② 性別： 男 女

③ 滞在形態： 単身 家族 その他左記以外
(長期出張含む) (夫婦、親子) (ロングステイ、留学、当地採用など)

④ 当地の滞在歴： 1年未満 1～2年 2～3年 3年以上

⑤ 年齢： 20才以下 20代 30代 40代 50代以上

⑥ 家族構成（家族で滞在している人のみ）： 配偶者 子ども
↓

乳幼児(人)、幼稚園(人)、小学生(人)、中学生(人)、高校生(人)、大学生(人)

質問1. 当地で医院・病院を受診したことがあればよく行かれる医院・病院を教えてください。

また診療科、その医院を選ばれた理由を **下枠** から選んで番号をご記入ください。

病院・医院名	診療科（下から選択）	病院選択理由（下から選択）
1)		
2)		
3)		

【診療科】（複数可） 1.内科 2.外科 3.小児科 4.産婦人科 5.歯科 6.その他（ ）

【病院選択理由】（複数可）

1.紹介 2.近い 3.日本人医師がいる 4.日本語が通じる 5.英語が通じる 6.設備が充実
7.新しい 8.その他（ ）

質問2. 当地の生活において健康面で不安があればその理由を○で囲んでください。（複数可）

医師とのコミュニケーション 身近に相談できる医師がいない 医療費が高額
医療システム・制度がわからない 定期的な健康診断 予防接種
大気汚染 感染症 生活習慣病
その他（ ）

質問3. このような相談会/健診についてどう思われますか。感想、希望をお聞かせください。

[]

* ご協力ありがとうございました。集計結果は今後の JOMF の活動の参考にさせていただきます。

歯科・小児科相談会および講演会にお申込みされた皆さんへ

このたびは、歯科・小児科相談会および講演会にお申込みいただきまして、ありがとうございます。
当日の場所・持ち物とご注意事項の連絡です。

【共通事項】

- ☆ 会場は、サミティヴェート病院 Building2 6階です。
- ☆ 相談時間の10分前にはお越しください。
- ☆ 相談会・講演会は、サミティヴェート病院とは関係ありませんので、病院へ問い合わせをしないでください。

問い合わせ先	講演会・相談会受付 082-253-8818 ※9時～17時(日曜・祝日休)にお願いします
--------	---

【小児科: 相談時間は、一人 30 分】

- ☆ 相談されるお子さまの、身長・体重が分かるようにしてきてください。
- ☆ 「相談内容」の紙は事前に先生にご覧いただきますので、2/1(金)までに別館へご提出ください。

当日の持ち物	<input type="checkbox"/> 日本人会会員証 ※申込受付時に使用した会員番号と照合します
	<input type="checkbox"/> 相談費用 ※日本人会会員・JOMF会員 100B
	<input type="checkbox"/> 母子手帳
	<input type="checkbox"/> 現在使用している薬が分かるもの ※お薬を使用している方のみ
	<input type="checkbox"/> 問診票・アンケート用紙 (2/1 までに事前提出の方は不要) ※ダウンロードしてご記入下さい http://www.jat.or.th/?p=22562

【歯科: 相談時間は、一人約 15 分】

当日の持ち物	<input type="checkbox"/> 日本人会会員証 ※申込受付時に使用した会員番号と照合します
	<input type="checkbox"/> 相談費用 ※日本人会会員・JOMF会員 100B
	<input type="checkbox"/> 問診票・アンケート用紙 ※ダウンロードしてご記入下さい http://www.jat.or.th/?p=22562

【講演会: 2月8日(金) 10時00分～12時00分】

- ☆ 今年度の講演会内容は「発達障害の子供のケア」についてです。

当日の持ち物	<input type="checkbox"/> 日本人会会員証 ※申込受付時に使用した会員番号と照合します
	<input type="checkbox"/> 相談費用 ※日本人会会員・JOMF会員 無料
	<input type="checkbox"/> 筆記用具 ※必要な方のみ ※レジュメはありません

