

Tri-City Health Center
Pediatrics Initial Health History Questionnaire (小兒初步健康史問卷)

今天的日期：_____

Chart Number: _____

(For Office Use Only)

病人的名字：_____

 Male Female

姓氏, 名字

出生日期：_____

母親的名字：_____ 父親姓名：_____

如果父母是不是監護人, 請註明監護人：

監護人姓名：_____

請檢查與患者的關係：

 衛報 阿姨 / 叔叔

 兄弟 / 姐妹 義父

 其他 (請註明) : _____

完成這一部分如果您的孩子不到3歲

 交貨期： 陰道 C-科

並發症 (請說明) : _____

 難道寶寶準時來? 是的 沒有

孕週 _____ 出生體重 _____ 在勞動時間 _____

新生兒問題 _____ 黃疸 _____ 黃萎病 _____ 窒息 _____ 遺傳性疾病 _____

母親孕期問題

_____ 先兆子癇 / 毒血症 _____ 糖尿病 _____ 風疹 _____ 貧血 _____ STD

_____ 手術 _____ 其他 : _____

 懷孕期間的習慣: 抽煙 酒精 毒品

出生地：_____

在住院天數：_____

嬰幼兒餵養：

歷史： _____ 乳房 _____ 瓶 (年齡斷奶時) _____ 個月

當前位置： _____ 每天乳腺次 _____ 或配方奶的瓶型

兒童飲食：

果汁 _____ 穀類 _____ 綠色蔬菜 _____ 蛋白質 _____ 黃色蔬菜 _____

牛奶 (類型) _____ 快餐 _____ 維生素 / 礦物質補充劑 _____

發展：

在什麼年齡做嬰/幼兒做第一：微笑 _____ 揚程 _____ 滾下 _____ 獨自坐著 _____

爬行 _____ 站 _____ 步行 _____ 說的話 _____

PICA 您的孩子吃泥土, 岩石, 石膏, 灰, 冰, 等等? 沒有 是的
有便秘曾經是一個問題? 沒有 是的
腹瀉? 沒有 是的

牙科 最後牙齒, 請訪問:

月_____ 年_____ 從來沒有_____

WIC 簡稱 沒有 是的 日期: _____ 報名: 沒有 是的 日期: _____

免疫 / 保健

哪裡的孩子接受免疫接種的嬰兒? _____

是免疫記錄可用? 沒有 是的

在哪裡你的孩子接受以前的醫療保健? _____

病史

有孩子有什麼手術?
在醫院呆一夜的孩子呢? 沒有 是的
沒有 是 (說明): _____

女孩10歲以上:

有她有她的第一次月經週期? 沒有 是的

檢查任何發現孩子有以下幾點:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 每年超過3耳部感染 | <input type="checkbox"/> 風疹 (第3天麻疹) |
| <input type="checkbox"/> 超過6感冒或每年咽喉感染 | <input type="checkbox"/> 麻疹 (10天) |
| <input type="checkbox"/> 消化不良/壞肚子疼 | <input type="checkbox"/> 腮腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 血尿 / 疼痛 | <input type="checkbox"/> 水痘 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸哮喘 / 急促 | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 聽力 / 耳疾 | <input type="checkbox"/> 肺炎 |
| <input type="checkbox"/> 眼看 / 眼部問題 | <input type="checkbox"/> 鐮狀細胞貧血或性狀 |
| <input type="checkbox"/> 牙齒問題 | <input type="checkbox"/> 肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 骨痛 / 關節腫脹 / 跛行 | <input type="checkbox"/> 肺結核 |
| <input type="checkbox"/> 斷骨 / 重傷 | <input type="checkbox"/> 心臟疾病 |
| <input type="checkbox"/> 濕疹 | <input type="checkbox"/> 過敏反應藥 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____ | <input type="checkbox"/> 過敏反應疫苗 |

有孩子曾在學校的問題? 沒有 是 (說明): _____

是孩子的特殊教育? 沒有 是 (說明): _____

是任何藥物或藥物的孩子? 沒有 是 (說明): _____

家庭 / 社會史：

檢查下列任一家庭已經具備了，並指定家庭成員

例如：孩子的母親，父親，兄弟，姐妹，祖父母)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 過敏或花粉熱 _____ | <input type="checkbox"/> 高血壓 _____ |
| <input type="checkbox"/> 貧血 / 低血 _____ | <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 _____ |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 _____ | <input type="checkbox"/> 智力低下 _____ |
| <input type="checkbox"/> 出生缺陷 _____ | <input type="checkbox"/> 風濕熱 _____ |
| <input type="checkbox"/> 癌症 _____ | <input type="checkbox"/> 癲癇發作 / 癲癇 _____ |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 _____ | <input type="checkbox"/> 鐮狀細胞性貧血 _____ |
| <input type="checkbox"/> 心臟疾病 _____ | <input type="checkbox"/> 梅毒 _____ |
| <input type="checkbox"/> 血友病 _____ | <input type="checkbox"/> 肺結核 _____ |

與誰的孩子住在一起？ 二選一：

- 母親和父親 母親 父親 法定監護人 其他（請註明）： _____

是孩子的母親還活著？ 是的 不，死因 _____

是孩子的父親還健在嗎？ 是的 不，死因 _____

數量和兄弟姐妹的年齡：

姐妹 _____ 年齡 _____ 哥 _____ 年齡 _____

所有的兄弟姐妹還活著嗎？ 是的 不，死因 _____

有多少人住在家裡？ _____

安全

有沒有在家裡剝漆？ 是的 沒有

您的孩子坐在汽車座椅或使用安全帶（適合年齡）？ 是的 沒有

你有毒物控制的數量？ 是的 沒有