

安慎診所

病歷號：_____

各位家長們您好：為協助醫師能仔細地為您的孩子評估，請詳細填寫以下資料。所有資料務必完整填寫，勿空白；若不確定答案可填「不清楚」

成長發育門診資料

姓名	實際年齡	歲	個月	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
看診原因		開始時間		年	月
是否曾就醫	<input type="checkbox"/> 是（填寫下題） <input type="checkbox"/> 否（前往出生史）				
哪間醫院檢查		前次就診		年	月
檢查結果					

孩子出生史

出生排行	<input type="checkbox"/> 第1 <input type="checkbox"/> 第2 <input type="checkbox"/> 第3 <input type="checkbox"/> 其他	出生方式	<input type="checkbox"/> 自然產 <input type="checkbox"/> 剖腹產，原因：_____
胎數	<input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎	出生週數：約_____週	出生重量：_____克
是否有以下狀況	<input type="checkbox"/> 難產 <input type="checkbox"/> 急救 <input type="checkbox"/> 抽筋 <input type="checkbox"/> 新生兒黃疸(續下題) <input type="checkbox"/> 以上皆無		
黃疸住院照光	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	住院照光期間：_____天	

現在病史

過去特殊病史	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	長期使用藥物	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
接觸史	<input type="checkbox"/> 類固醇 <input type="checkbox"/> 中藥或相關燉補藥材 <input type="checkbox"/> 精油及相關製品 <input type="checkbox"/> 皮膚乳液 <input type="checkbox"/> 保健食品(魚油、維他命、鈣片、高蛋白、精胺酸、滴雞精) <input type="checkbox"/> 豆漿 <input type="checkbox"/> 以上皆無。 接觸時間多久：_____		
運動習慣	每週_____次 每次_____分鍾 運動種類：_____		
就寢時間	晚上_____：_____ 睡著的時間_____：_____		

家族史

父親身高	公分	父青春期發育異常 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
母親身高	公分	母初經年紀 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 其他_____歲
家族遺傳病史	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	

***回診請攜帶學校健康中心每學期的「身高體重記錄表」**