

Dear Parent **친애하는 부모님께:**

This is a health questionnaire on your child. **Please complete this form. Bring it with you at the time of an appointment.** 본 설문은 귀하 자녀의 건강에 대한 질문입니다. **다음 설문지를 작성해 주십시오. 예약해서 오실 때 지참해 주시기 바랍니다.**

Date completed 작성 날짜: _____

Child's Name 자녀 이름: _____ Date of Birth 생년월일: _____

Mother's Name 어머니 이름: _____ Father/ Partner 아버지/ 동거인: _____

Home Address 집 주소: _____

Home Phone 집 전화: _____ Work Phone 회사 전화: _____

This child lives with **자녀가 함께 사는 가족:**

- Mother 어머니 Mother/Father 어머니/아버지 Mother/Partner 어머니/동거인 Father/Partner 아버지/동거인
 Grandparent/Other 조부모/기타

FAMILY HISTORY 가족력

1. Mother 어머니 Age 나이: _____ Current Health 현재 건강 상태: _____

Past Health Problems 이전 병력: _____

2. Father/ Partner 아버지/ 동거인 Age 나이: _____

Current Health 현재 건강 상태: _____

Past Health Problems 이전 병력: _____

3. Marital Status of Parents 부모 결혼 상태: _____

M.I.T. Affiliation M.I.T. 등록: _____

4. Other Children in Family 다른 자녀 구성원:

	<u>Dates of Birth 생년월일</u>	<u>Name 이름</u>	<u>State of Health 건강 상태</u>
•	_____	_____	_____
•	_____	_____	_____
•	_____	_____	_____
•	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? yes 예 no 아니요
자녀의 의료 치료에 영향을 미칠 수 있는 문화 또는 믿는 종교가 있습니까?

If yes, please explain: (examples: blood transfusion, dietary rules) 그런 경우, 해당 사항을 설명해 주십시오
(예: 수혈, 제한되는 음식물):

6. Is there a history in the **family/ a blood relative** of 가족/친척 중에 다음 병력이 있습니까?:

- a. Tuberculosis 결핵 yes 예 no 아니요
- b. Diabetes 당뇨병 yes 예 no 아니요
- c. Asthma, hay fever, eczema, allergies 천식, 고초열, 습진, 알레르기 yes 예 no 아니요
- d. Mental Disorder 정신 장애 yes 예 no 아니요
- e. Seizures 발작 yes 예 no 아니요
- f. Hepatitis 간염 yes 예 no 아니요
- g. Heart disease, stroke, high cholesterol 심장 질환, 뇌졸중, 고콜레스테롤 yes 예 no 아니요
- h. Cancer 암 yes 예 no 아니요
If yes, what kind 그런 경우, 해당 병력: _____
- i. Birth defects, genetic defects 선천적장애, 유전적 결함 yes 예 no 아니요
- j. Other serious medical problems 기타 심각한 의료 질병 yes 예 no 아니요

PRENATAL HISTORY 임신 중 병력

1. While pregnant, did mother have 임신 중에 산모가 가지고 있었던 병력:
- a. High blood pressure 고혈압 yes 예 no 아니요
 - b. Bleeding or spotting 출혈 또는 피비침 yes 예 no 아니요
 - c. Kidney Disease 신장 질환 yes 예 no 아니요
 - d. Toxemia 임신중독증 yes 예 no 아니요
 - e. Gestational diabetes 임신성 당뇨(병) yes 예 no 아니요
 - f. Threatened Miscarriage 절박유산 yes 예 no 아니요
 - g. German Measles Rubella 풍진 yes 예 no 아니요
 - h. Illness other than cold or flu 감기 또는 독감 이외의 질병 yes 예 no 아니요
 - i. Premature labor 조산 yes 예 no 아니요

2. Were medications or herbs taken during pregnancy? yes 예 no 아니요
 임신 중에 약물 또는 허브를 복용한 적이 있습니까?
 If yes, what kind 그런 경우, 해당 종류: _____

3. Was a fertility treatment used for this pregnancy? yes 예 no 아니요
 이번 임신을 위해 불임치료를 받으셨습니까?
 If yes, what kind 그런 경우, 해당 종류: _____

BIRTH HISTORY 출산 정보

1. Where was baby born 신생아 출생 장소: _____

2. Was labor induced 유도 분만을 하였습니까? yes 예 no 아니요

3. Was labor helped by medication 분만제를 사용해 분만을 하였습니까? yes 예 no 아니요

4. Duration of labor 분만 지속 시간: _____

5. Was baby born early: (less than 38 weeks) 조기 분만이었습니까: (38 주 이전) yes 예 no 아니요

6. Was baby born late (after 42 weeks) 지연 분만이었습니까: (42 주 이후) yes 예 no 아니요

7. What was the method of delivery 사용한 분만 방법은 무엇입니까? yes 예 no 아니요
- Spontaneous vaginal 자연 분만
 - Forceps 겸자 분만
 - Breech 둔위 분만
 - Caesarean Reason 제왕 절개의 원인: _____

8. Birth weight of baby 신생아 체중: _____

9. Apgar score, if known 아프가 점수(알고 있는 경우): _____

10. During hospital stay, did baby have any of the following 병원에 있는 동안, 신생아에게 다음 중 어느 문제가 있었습니까?:
- a. Jaundice 황달 yes 예 no 아니요
 - b. Antibiotic treatment 항생제 치료 yes 예 no 아니요
 - c. Rash 발진 yes 예 no 아니요
 - d. Blue spells 청색증 발작(무산소 발작) yes 예 no 아니요
 - e. Convulsions 경련 yes 예 no 아니요
 - f. Did baby remain in hospital longer than mother? 신생아가 산모보다 병원에 오래 있었습니까? yes 예 no 아니요

11. How was baby fed? 신생아 수유는 어떻게 하였습니까?
- Breast 모유
 - Bottle 분유

DEVELOPMENTAL HISTORY 성장 기록:

1. At what age did child 자녀가 다음 행동을 했던 시기:
- | | Age 연령 |
|------------------------------|--------|
| a. Hold up head 머리 들기 | _____ |
| b. Roll over 구르기 | _____ |
| c. Sit unsupported 받침 없이 앉기 | _____ |
| d. Stand alone 혼자 서기 | _____ |
| e. Walk 걷기 | _____ |
| f. Talk 말하기 | _____ |
| g. Toilet train 용변 가리기 | _____ |
| h. Feed her/himself 혼자 식사하기 | _____ |
| i. Dress her/himself 혼자 옷 입기 | _____ |

IMMUNIZATIONS 예방 접종

PLEASE GIVE US A COPY OF PREVIOUS IMMUNIZATIONS/VACCINES and TB (Tuberculosis Testing or BCG Vaccination) 이전의 면역/예방 접종 및 TB (결핵) 테스트 또는 BCG 접종 기록 복사본을 제출해 주십시오.

PAST MEDICAL HISTORY 과거 병력:

1. Has the child had 다음 중 자녀가 가졌던 병력이 있습니까:

- a. Chicken pox 수두 yes 예 no 아니요
- b. Measles Rubeola 홍역 yes 예 no 아니요
- c. German Measles Rubella 풍진 yes 예 no 아니요
- d. Mumps 볼거리 yes 예 no 아니요
- e. Meningitis 수막염 yes 예 no 아니요
- f. Convulsions 경련 yes 예 no 아니요
- g. Contusions 타박상 yes 예 no 아니요
- h. Fractures 골절 yes 예 no 아니요
- i. Poison Ingestion 독극물 섭취 yes 예 no 아니요
- j. Operations 수술 yes 예 no 아니요
- k. Blood transfusions 수혈 yes 예 no 아니요
- l. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalassemia) yes 예 no 아니요
 혈액: 빈혈 (철결핍성, 겸상적혈구, 지중해빈혈)
- m. Hospitalizations 입원 yes 예 no 아니요
 If yes, what illness? 그런 경우, 해당 질병은 무엇입니까? _____
- n. Other serious medical illnesses 기타 심각한 질병이 있었습니까? yes 예 no 아니요
 If yes, what kind? 그런 경우, 해당 질병은 무엇입니까? _____
- o. Is your child currently taking any medications, vitamins, or herbs yes 예 no 아니요
 자녀가 최근에 약물, 비타민, 또는 허브를 복용하고 있습니까?
 Medications 약물 복용 Strength or dose 정도(강도) How often 또는 복용 빈도

- p. Reaction to drug or foods (allergy) 약물 또는 음식물에 대한 거부 yes 예 no 아니요
 반응(알레르기)이 있습니까? If yes, please explain 그런 경우, 해당 사항을 설명해 주십시오:

- q. Any chronic or recurring pain? 만성적이거나 재발하는 통증이 있습니까? yes 예 no 아니요
 If yes, please explain 그런 경우, 해당 사항을 설명해 주십시오: _____

2. Eyes 눈:

- a. Any visual problems? 시각적인 문제가 있습니까? yes 예 no 아니요
- b. Do eyes look crossed? 사시(사팔눈) 인가요? yes 예 no 아니요
- c. Does the child wear glasses? 안경을 착용합니까? yes 예 no 아니요

3. Ears 귀:

- a. Any hearing problems? 청각적인 문제가 있습니까? yes 예 no 아니요
- b. Three or more ear infections? 귀 감염증이 3회 이상 있었습니까? yes 예 no 아니요

4. Nose 코:

- a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose? yes 예 no 아니요
 자녀가 자주 재채기를 하거나 코를 비비는 일이 있습니까?
- b. Has the child had frequent nose bleeds? 자녀가 자주 코피를 흘립니까? yes 예 no 아니요

5. Throat 목:

- a. Does your child have three or more strep throat infections per year? yes 예 no 아니요
 자녀가 일년에 3회 이상 패혈증 인두염에 걸립니까?

6. Heart 심장: 자녀에게 다음 증세가 있다고 설명들은 적이 있습니까:

- a. A heart murmur 심잡음 yes 예 no 아니요
- b. High blood pressure 고혈압 yes 예 no 아니요
- c. Heart defect 심장결함 yes 예 no 아니요

7. Lungs 폐: Has your child ever had 다음 중 자녀가 가졌던 병력이 있습니까:
- a. Bronchitis or pneumonia 기관지염 또는 폐렴 yes 예 no 아니요
 - b. Asthma/wheezing 천식/천명 yes 예 no 아니요
 - c. Chronic cough 만성적 기침 yes 예 no 아니요

8. Does your child tire easily? 자녀가 쉽게 피곤해 합니까?

9. Abdomen 복부: Has your child ever had 다음 중 자녀가 가졌던 병력이 있습니까:
- a. Jaundice 황달 yes 예 no 아니요
 - b. Blood in bowel movement 배변에 혈흔 yes 예 no 아니요
 - c. Frequent abdominal pain 잦은 복통 yes 예 no 아니요
 - d. Frequent vomiting or diarrhea 잦은 구토 또는 설사 yes 예 no 아니요
 - e. Marked weight loss 현저한 체중 감소 yes 예 no 아니요
 - f. Difficulty with appetite or eating? 식욕이 없거나 식사에 어려움이 있습니까?
If yes, please explain 그런 경우, 해당 사항을 설명해 주십시오: _____

10. Kidney 신장:

- a. Has your child ever had a urinary tract infection?
자녀에게 요로 감염 증세가 있었습니까? yes 예 no 아니요
- b. Has there ever been blood in the urine? 소변에 혈흔이 섞여 나온 일이 있습니까? yes 예 no 아니요
- c. Does your child ever wet the bed? 자녀가 침대에 소변을 본 일이 있습니까? yes 예 no 아니요
- d. Does your child ever complain of burning or frequency of urination?
자녀가 잦은 소변이나 통증(작열감)을 호소한 일이 있습니까? yes 예 no 아니요

11. Skin 피부:

- a. Any sensitivity or allergy? 민감성 또는 알레르기가 있습니까? yes 예 no 아니요
- b. Eczema or atopic dermatitis? 습진 또는 아토피 피부염이 있습니까? yes 예 no 아니요
- c. Acne? 여드름이 있습니까? yes 예 no 아니요

12. Extremities 사지(팔다리): Has your child 자녀의 경우:

- a. Had weakness or paralysis of arms or legs?
팔 또는 다리가 쇠약하거나 마비가 있습니까? yes 예 no 아니요
- b. A persistent limp? 영구 장애(절름발이)가 있습니까? yes 예 no 아니요
- c. Ever worn corrective shoes or braces
교정용 신발이나 지지대를 사용한 일이 있습니까? yes 예 no 아니요

13. Neurological 신경계: Has your child ever had 자녀에게 다음 증상이 있었습니까?

- a. Frequent headaches 잦은 두통 yes 예 no 아니요
- b. Convulsions or seizures 경련 또는 발작 yes 예 no 아니요
- c. Dizziness 현기증 yes 예 no 아니요
- d. Fainting 실신 yes 예 no 아니요
- e. Breath holding 호흡중지 yes 예 no 아니요
- f. Temper tantrums 분노 발작 yes 예 no 아니요

14. Is your child 자녀에게 해당되는 사항

- a. Overactive 활동성이 강함 yes 예 no 아니요
- b. Impulsive 충동적 행위 yes 예 no 아니요
- c. Lacking in self control 자제력이 부족함 yes 예 no 아니요
- d. Does your child have problems with 자녀에게 다음 중 어느 문제가 있습니까:
- Peers 주의력 yes 예 no 아니요
- Siblings 형제(자매) yes 예 no 아니요
- Parents 부모 yes 예 no 아니요
- Sleep 취침 yes 예 no 아니요
- Attention span 주의 지속 시간 yes 예 no 아니요
- Attending school 학교 출석 yes 예 no 아니요
- Learning 학습 yes 예 no 아니요
- Mood 감정(기분) yes 예 no 아니요
- e. Are there concerns about physical, sexual, or emotional abuse?
육체적, 성적 또는 감정적 학대와 관련된 고려 사항이 있습니까? yes 예 no 아니요

(You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617-253-2916 for any of the above. 상기 사항과 관련하여 상담을 원하시면, 정신 건강과(617-253-2916)로 문의하시기 바랍니다.)

15. Has your child begun puberty? 자녀가 사춘기를 시작했습니까? yes 예 no 아니요

16. Any other concerns you would like to discuss? 의논하고 싶은 다른 관심 사항이 있습니까?

Parent signature 부모 서명 Date 날짜

Provider name 공급자 이름 Date reviewed 검토 날짜