

MIT Medical Department 麻省理工学院医学系
Form 儿科史表

Pediatrics History

Dear Parent:亲爱的家长:

This is a health questionnaire on your child. **Please complete this form. Bring it with you at the time of an appointment.** 这是一个对你的孩子的健康问卷。请填写此表格。并在您预约的时候请带它过来。

Date completed 完成日期:_____

Child's Name 孩子姓名:_____

Date of Birth 生日:_____

Contact Information for Parent 1 家长的联系信息 1

Name 姓名:_____

Email 电子邮件:_____

Home Address 家庭地址:_____

Home Phone 家庭电话:_____ Work Phone 工作电话:_____ Cell/Other 手机/其他:_____

Contact Information for Parent 2 家长联系方式 2

Name 姓名:_____

Email 电子邮件:_____

Home Address 家庭地址:_____

Home Phone 家庭电话:_____ Work Phone 工作电话:_____ Cell/Other 手机/其他:_____

This child lives with 孩子雨水一起住: • Mother 母亲 • Father 父亲 • Mother/Father 母亲/父亲 • Mother/Partner 母亲/配偶 • Father/Partner 父亲/配偶 • Grandparent/Other (外) 祖父母/其他

MIT Affiliation 麻省理工学院附属机构

Person 个人:_____ Position 职位:_____ Department 系别:_____

FAMILY HISTORY 家庭历史

1. Parent 1 家长 1 Age 年龄:_____ Current Health 目前健康状况:_____

Past Health Problems 过往病史:_____

Ethnicity 种族:_____ Education/Training 教育/培训:_____

2. Parent 2 家长 2 Age 年龄:_____ Current Health 目前健康状况:_____

Past Health Problems 过往病史:_____

Ethnicity 种族:_____ Education/Training 教育/培训:_____

3. Marital Status of Parents 父母的婚姻状况:_____

4. Other Children in Family 家中其他孩子:

<u>Date of Birth</u> 生	<u>Gender</u> 性	<u>Name</u> 姓名	<u>Healthy or Medical Issues?</u>
------------------------	-----------------	----------------	-----------------------------------

且	别	健康或医疗问题?	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? 有没有文化或宗教习俗，可能会影响孩子的医疗? • no 没有 • yes 有

If yes 有, please explain (e.g. blood transfusion, dietary rules, etc.) 如果有, 请解释 (如输血, 饮食规律等): :_____

6. Is there tobacco use in/around your household? 您家中或附近有没有人吸烟? • no 没有 • yes 有

7. Is there a history in the **family/a blood relative** of 家庭史中/有血缘关系的亲戚中有没有:

If yes 有如果有的话, state relationship to child 请陈述与孩子的关系

a. Allergies 过敏_____ • no 没有 • yes 有 _____

b. Anxiety 焦虑症_____ • no 没有 • yes 有 _____

c. Asthma 哮喘_____ • no 没有 • yes 有 _____

d. Birth Defects/Genetic Problems 出生缺陷/遗传问题_____ • no 没有 • yes 有 _____

e. Cancer 癌症

i. Brain 脑部_____ • no 没有 • yes 有 _____

ii. Breast 胸部_____ • no 没有 • yes 有 _____

iii. Colon 结肠_____ • no 没有 • yes 有 _____

iv. Ovarian 卵巢_____ • no 没有 • yes 有 _____

v. Skin 皮肤_____ • no 没有 • yes 有 _____

vi. Thyroid 甲状腺_____ • no 没有 • yes 有 _____

vii. Other (describe and state relationship to child) 其他 (描述, 并说明孩子的关系): _____

f. Depression 抑郁_____ • no 没有 • yes 有 _____

If yes 有, state relationship to child

g. Diabetes 糖尿病_____ • no 没有 • yes 有 _____

h. Hearing Loss 听力丧失_____ • no 没有 • yes 有 _____

i. Heart Attack 心脏病发作_____ • no 没有 • yes 有 _____

- j. Heart Disease 心脏病 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- k. Hepatitis 肝炎 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- l. High Blood Pressure 高血压 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- m. High Cholesterol 高胆固醇 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- n. Learning Disability 学习障碍 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- o. Mental Illness 精神病 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- p. Seizures 癫痫 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- q. Thyroid Problems 甲状腺问题 _____ · no 没有 · yes 有 _____
- r. Tuberculosis 肺结核 _____ · no 没有 · yes 有 _____

PRENATAL HISTORY 产前历史

- While pregnant, did mother have 怀孕期间, 母亲有没有过:
 - Bleeding or spotting 出血或斑点状出血 _____
_____ · no 没有 · yes 有
 - German measles (Rubella) 德国麻疹 (风疹) _____
_____ · no 没有 · yes 有
 - Gestational diabetes 妊娠 (期) 糖尿病 _____
_____ · no 没有 · yes 有
 - High blood pressure 高血压 _____ · no 没有
有 · yes 有
 - Illness other than cold/flu 除了感冒/流感外的疾病 _____
_____ · no 没有 · yes 有
 - Kidney disease 肾病 _____ · no 没有
有 · yes 有
 - Premature labor 早产 _____ · no 没有
· yes 有
 - Threatened miscarriage 先兆流产 _____
_____ · no 没有 · yes 有
 - Toxemia 毒血症 _____ · no 没有
· yes 有
- Were medications or herbs taken during pregnancy 怀孕期间有没有服用过药物或草药? _____
_____ · no 没有 · yes 有
If yes 如果有的话, what kind 是什么类型的药物: _____
- Was a fertility treatment used for this pregnancy? 此次怀孕有没有过治疗不育? _____
_____ · no 没有 · yes 有
If yes 如果有的话, what kind 是什么类型: _____

BIRTH HISTORY 分娩史

- Where was child born 孩子出生在什么地方: _____
- Was labor induced? 有没有过引产? _____
_____ · no 没有 · yes 有

3. Was labor helped by medication?生产有没有借助药物? _____
 _____ · no 没有 · yes 有
4. Duration of labor 生产持续了多久: _____
5. Was child born early (less than 38 weeks)?孩子有没有早产 (少于 38 周)? _____
 _____ · no 没有 · yes 有
6. Was child born late (after 42 weeks)?孩子有没有晚出生 (超过 42 周)? _____
 _____ · no 没有 · yes 有
7. What was the method of delivery 分娩方式:
 • Breech 臀位分娩
 • Caesarean 剖腹产 (Please state reason 请陈述原因): _____

 • Forceps 产钳
 • Spontaneous vaginal 正常分娩
8. Child's birth weight 孩子出生时体重: _____
9. Apgar Score 阿普伽新生儿评分(if known 如果知道的话): _____
10. During the hospital stay, did child have any of the following 住院期间, 孩子有没有过以下:
 a. Antibiotic treatment 抗生素治疗 _____ · no 没有
 有 · yes 有
 b. Blue spells _____ · no 没有
 · yes 有
 c. Convulsions 抽搐 _____ · no 没有
 有 · yes 有
 d. Jaundice 黄疸 _____ · no 没有
 · yes 有
 e. Skin rash 皮疹 _____ · no 没有
 · yes 有
 f. Did child remain in hospital longer than mother 孩子是否比母亲在医院呆的时间长? _____
 _____ · no 不是 · yes 是的
11. How was/is baby fed?宝宝是如何被喂养的?
 • Bottle 奶瓶
 • Breast 母乳

DEVELOPMENTAL HISTORY 发育史:

1. At what age did child 孩子在几岁的时候会: Age 年龄
- a. Hold up head 抬头 _____
 b. Roll over 翻身 _____
 c. Sit unsupported 不用扶就可以坐 _____
 d. Stand alone 站立 _____
 Age 年龄
- e. Walk 走路 _____
 f. Talk 说话 _____
 g. Toilet train 训练去厕所 _____
 h. Feed him/herself 自己吃饭 _____
 i. Dress him/herself 自己穿衣 _____

IMMUNIZATIONS 免疫接种

**PLEASE GIVE US A COPY OF PREVIOUS IMMUNIZATIONS/VACCINES
 And TB (Tuberculosis) Testing or BCG Vaccination**

请给我们一份以往的免疫/疫苗接种的副本

和 TB (肺结核) 测试或接种卡介苗

PAST MEDICAL HISTORY 过往疾病史:

1. Has the child had 孩子有没有过:

- a. Blood 血液: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalessemia) 贫血 (缺铁, 镰状细胞, 地中海贫血) _____
_____ · no 没有 · yes 有
- b. Blood transfusions 输血 _____ · no 没有
· yes 有
- c. Chicken pox (Varicella) 水痘 _____ · no 没有
有 · yes 有
- d. Contusions 挫伤青肿 _____ · no 没有
有 · yes 有
- e. Convulsions 痉挛 _____ · no 没有
有 · yes 有
- f. Fractures 骨折 _____ · no 没有
· yes 有
- g. German Measles (Rubella) 德国麻疹 (风疹) _____
_____ · no 没有 · yes 有
- h. Hospitalizations 住院治疗 _____
_____ · no 没有 · yes 有
- i. Measles (Rubeola) 麻疹 (风疹) _____
_____ · no 没有 · yes 有
- j. Meningitis 脑膜炎 _____ · no 没有
有 · yes 有
- k. Mumps 流行性腮腺炎 _____
_____ · no 没有 · yes 有
- l. Operations 手术 _____ · no 没有
· yes 有
If yes 如果有的话, what illness 什么疾病? _____
- m. Poison ingestion 误食毒药 _____ · no 没有
有 · yes 有
- n. Other serious medical illnesses 其他严重的生理疾病 _____
_____ · no 没有 · yes 有
If yes 如果有的话, what kind 是什么类型的? _____
- o. Is your child currently taking any medications, vitamins or herbs 您的孩子目前有没有在服用任何药物、维他命或草药? _____ · no 没有 · yes 有

Medication 药物治疗

Strength/Dose

How Often?

强度/剂量

多久服用一次

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- p. Reaction to medication or food (allergy) 药物或食物的反应 (过敏) _____
_____ · no 没有 · yes 有

If yes 如果有的话, please explain 请解释: _____

q. Any chronic or recurring pain 有没有任何慢性病或复发性疼痛? _____

_____ · no 没有 · yes 有

If yes 如果有的话, please explain 请解释: _____

2. Eyes 眼睛:

a. Any visual problems 有视觉问题吗? _____

_____ · no 没有 · yes 有

b. Do eyes look crossed 眼睛看起来又没有交叉? _____

_____ · no 没有 · yes 有

c. Does the child wear eyeglasses 孩子有没有戴眼镜? _____

_____ · no 没有 · yes 有

3. Ears 耳朵:

a. Any hearing problems 有听力问题吗? _____

_____ · no 没有 · yes 有

b. Three or more ear infections 有没有三个或更多的耳部感染? _____

_____ · no 没有 · yes 有

4. Nose 鼻子:

a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose? 孩子有没有频繁地打喷嚏或揉他/她的鼻子? _____

_____ · no 没有 · yes 有

b. Has the child had frequent nose bleeds? 孩子有没有经常流鼻血? _____

_____ · no 没有 · yes 有

5. Throat 嗓子:

a. Does your child have three or more strep throat infections per year? 你的孩子每年有三次或更多次的脓毒性咽喉炎感染? _____

_____ · no 没有 · yes 有

6. Heart 心脏:

Have you ever been told your child has 您有没有被告知过您的孩子有

a. A heart murmur 心杂音? _____ · no 没有

_____ · yes 有

b. Heart defect 心脏缺陷? _____ · no 没

有 · yes 有

c. High blood pressure 高血压? _____ · no 没

有 · yes 有

7. Lungs 肺:

Has your child ever had 您的孩子是否曾经有过

a. Asthma/wheezing 哮喘/气喘? _____ · no 没

有 · yes 有

b. Bronchitis or pneumonia 支气管炎或肺炎? _____

_____ · no 没有 · yes 有

c. Chronic cough 慢性咳嗽? _____ · no 没

有 · yes 有

8. Does your child tire easily 您的孩子很容易累吗? _____

_____ · no 不 · yes 是的

9. Abdomen 腹部

Has your child ever had 您的孩子曾经有没有过

a. Blood in bowel movement 排便时出血? _____ · no 没

有 · yes 有

b. Difficulty with appetite or eating 食欲不佳或进食困难? _____

_____ · no 没有 · yes 有

- c. Frequent abdominal pain 经常肚子疼? _____ · no 没有
有 · yes 有
- d. Frequent vomiting or diarrhea 经常呕吐或腹泻? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- e. Jaundice 黄疸? _____ · no 没有
· yes 有
- f. Marked weight loss 明显的体重减轻? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- If yes 如果有的话, please explain 请说明: _____

10. Kidney 肾:

- a. Does your child ever complain of burning or frequency of urination? 您的孩子是否曾经抱怨排尿时有烧灼感或排尿次数增多? _____ · no 没有 · yes 有
- b. Does your child wet the bed 您的孩子有没有尿床? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- c. Has there ever been blood in the urine 尿中是否曾经有过血? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- d. Has your child ever had a urinary tract infection? 您的孩子有没有过尿路感染? _____
_____ · no 没有 · yes 有

11. Skin 皮肤:

- a. Acne 有过痘痘吗? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- b. Any sensitivity or allergy 有敏感或过敏吗? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- c. Eczema or atopic dermatitis? 有没有湿疹或特应性皮炎? _____
_____ · no 没有 · yes 有

12. Extremities 四肢:

Has your child 您的孩子

- a. Had weakness or paralysis of arms or legs? 有过双臂或双腿无力或瘫痪? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- b. A persistent limp? 有没有过持续柔软? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- c. Every worn corrective shoes or braces? 有没有穿过矫正鞋或矫正背带? _____
_____ · no 没有 · yes 有

13. Neurological 神经学的:

Has your child ever had 您的孩子曾有过

- a. Breath holding 暂停呼吸? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- b. Convulsions or seizures 抽搐或癫痫发作? _____
_____ · no 没有 · yes 有
- c. Dizziness? _____ · no 没有
· yes 有
- d. Fainting 头晕? _____ · no 没有
· yes 有
- e. Frequent headaches 经常头疼? _____ · no 没
有 · yes 有
- f. Temper tantrums 发脾气? _____ · no 没
有 · yes 有

14. Is your child 您的孩子有没有:

- a. Impulsive 任性冲动? _____ . no 没有
有 . yes 有
- b. Lacking in self-control 缺乏自控? _____
_____ . no 没有 . yes 有
- c. Overactive 过于活跃? _____ . no 没有
有 . yes 有
- d. Does your child have problems with 您的孩子在以下几项有没有问题:
- i. Attending school 上学? _____ . no 没有
有 . yes 有
 - ii. Attention span 注意力持续时间? _____
_____ . no 没有 . yes 有
 - iii. Learning 学习? _____ . no 没有
有 . yes 有
 - iv. Mood 心情? _____ . no 没有
有 . yes 有
 - v. Parents 与父母? _____ . no 没有
有 . yes 有
 - vi. Peers 与伙伴? _____ . no 没有
有 . yes 有
 - vii. Siblings 与兄弟姐妹? _____
_____ . no 没有 . yes 有
 - viii. Sleep 睡眠? _____ . no 没有
有 . yes 有
- e. Are there concerns about physical, sexual or emotional abuse? 是否有涉及有关身体, 性或情感虐待? _____
_____ . no 没有 . yes 有

(You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617.253.2916 for any of the above. 您可以拨打**心理健康服务**, 设立上述任何评价 617.253.2916)

15. Has your child begun puberty 您的孩子开始进入青春期了吗? _____
_____ . no 没有 . yes 有

16. Any other concerns you would like to discuss? 您想要讨论的其他任何所涉及的问题 _____

Parent Signature 家长签字

Date 日期

Provider Name 提供者姓名

Date Reviewed 复审日期