

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

MIT Medical Department
MIT 의료부서

Pediatrics History Form
소아과 병력 양식

Dear Parent: 부모님들께:

This is a health questionnaire on your child. **Please complete this form. Bring it with you at the time of an appointment.** 이 건강 관련 설문서는 귀하의 아이에 관한 것입니다. 양식을 작성하여 주십시오. 다음 번 진료 예약 방문 시 본 양식을 가져오십시오.

Date completed: 작성일: _____

Child's Name: 아이 이름: _____

Date of Birth: 생일: _____

Contact Information for Parent 1 부모 1 연락처

Name: 이름: _____

Email: 이메일: _____

Home Address: 집 주소: _____

Home Phone: 집 전화번호: _____ Work Phone: 직장 전화번호: _____

Cell/Other: 핸드폰/기타: _____

Contact Information for Parent 2 부모 2 연락처

Name: 이름: _____

Email: 이메일: _____

Home Address: 집 주소: _____

Home Phone: 집 전화번호: _____ Work Phone: 직장 전화번호: _____

Cell/Other: 핸드폰/기타: _____

This child lives with: 아이가 같이 살고 있는 사람: Mother 어머니 Father 아버지 Mother/Father 어머니/아버지

Mother/Partner 어머니/동거자 Father/Partner 아버지/동거자 Grandparent/Other 조부모/기타

MIT Affiliation 담당자

MIT

Person: 담당자: _____ Position: 직위: _____ Department: 부서: _____

FAMILY HISTORY 가족력

1. Parent 1 부모 1 Age: 나이: _____ Current Health: 현재 건강상태: _____

Past Health Problems: 과거 건강 상 문제: _____

Ethnicity: 인종: _____ Education/Training: 교육/훈련: _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

2. Parent 2 부모 2 Age: 나이: _____ Current Health: 현재 건강상태: _____

Past Health Problems: 과거 건강 상 문제: _____

Ethnicity: 인종: _____ Education/Training: 교육/훈련: _____

3. Marital Status of Parents: 부모 결혼 상태: _____

4. Other Children in Family: 가족 내 다른 아이:

<u>Date of Birth</u>	<u>Gender</u>	<u>Name</u>	<u>Healthy or Medical Issues?</u>
생일	성별	이름	건강 또는 질병문제?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? 귀하 아이의 건강 관리에 영향을 줄 수 있는 문화적 또는 종교적 관습이 있습니까? no 아니오 yes 예

If yes, please explain (e.g. blood transfusion, dietary rules, etc.): 만약 예이면, 설명하여 주십시오 (예, 수혈, 식사 규칙, 등등): _____

Is there tobacco use in/around your household? 가족 또는 가족 주변에 중에 흡연자가 있습니까?

no 아니오 yes 예

6. Is there a history in the **family/a blood relative** of: 가족/혈연 친척 중에 다음의 내력이 있는 것이 있습니까:

If yes, state relationship to child 만약 예이면, 아이와의 관계를 알려주십시오

a. Allergies 알레르기 _____ no 아니오 yes 예 _____

b. Anxiety 근심 _____ no 아니오 yes 예 _____

c. Anxiety 근심 _____ no 아니오 yes 예 _____

d. Asthma 천식 _____ no 아니오 yes 예 _____

e. Birth Defects/Genetic Problems 출산기형/유전적 문제 no 아니오 yes 예 _____

f. Cancer 암

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

- i. Brain 뇌 _____ no 아니오 yes 예 _____
- ii. Breast 유방 _____ no 아니오 yes 예 _____
- iii. Colon 결장 _____ no 아니오 yes 예 _____
- iv. Ovarian 난소 _____ no 아니오 yes 예 _____
- v. Skin 피부 _____ no 아니오 yes 예 _____
- vi. Thyroid 갑상선 _____ no 아니오 yes 예 _____
- vii. Other (describe and state relationship to child): 기타 (설명하고 아이와의 관계를 적으시오): _____

g. Depression 우울증 _____ no 아니오 yes 예 _____

If yes, state relationship to child 만약 예이면, 아이와의 관계를 알려주십시오

h. Diabetes 당뇨병 _____ no 아니오 yes 예 _____

i. Hearing Loss 청각손실 _____ no 아니오 yes 예 _____

j. Heart Attack 심장마비 _____ no 아니오 yes 예 _____

k. Heart Disease 심장병 _____ no 아니오 yes 예 _____

l. Hepatitis 간염 _____ no 아니오 yes 예 _____

m. High Blood Pressure 고혈압 _____ no 아니오 yes 예 _____

n. High Cholesterol 고 콜레스테롤 _____ no 아니오 yes 예 _____

o. Learning Disability 학습장애 _____ no 아니오 yes 예 _____

p. Mental Illness 정신병 _____ no 아니오 yes 예 _____

q. Seizures 발작 _____ no 아니오 yes 예 _____

r. Thyroid Problems 갑상선 문제 _____ no 아니오 yes 예 _____

s. Tuberculosis 결핵 _____ no 아니오 yes 예 _____

PRENATAL HISTORY 출생 전 내력

1. While pregnant, did mother have: 어머니가 임신 중 다음 경우가 있었습니까:

- a. Bleeding or spotting 출혈 또는 출혈 비침 _____ no 아니오 yes 예
- b. German measles (Rubella) 풍진 _____ no 아니오 yes 예
- c. Gestational diabetes 임신성 당뇨병 _____ no 아니오 yes 예
- d. High blood pressure 고혈압 _____ no 아니오 yes 예
- e. Illness other than cold/flu 감기/독감을 제외한 질병 _____ no 아니오 yes 예
- f. Kidney disease 신장병 _____ no 아니오 yes 예

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

- g. Premature labor 조기분만 _____ no 아니오 yes 예
- h. Threatened miscarriage 유산 위험 _____ no 아니오 yes 예
- i. Toxemia 독혈증 _____ no 아니오 yes 예

2. Were medications or herbs taken during pregnancy? 임신 중 약물 또는 약초를 복용했습니까? _____
 no 아니오 yes 예

If yes, what kind: 만약 예이면, 그 종류는: _____

3. Was a fertility treatment used for this pregnancy? 이번 임신을 위해 임신 촉진 치료를 사용했습니까? _____
 no 아니오 yes 예

If yes, what kind: 만약 예이면, 그 종류는: _____

BIRTH HISTORY 출생 내력

1. Where was child born: 아이의 출생지는: _____
2. Was labor induced? 유도 분만이었습니까? _____ no 아니오 yes 예
3. Was labor helped by medication? 분만 촉진제를 사용했습니까? _____ no 아니오 yes 예
4. Duration of labor: 분만 소요 시간: _____
5. Was child born early (less than 38 weeks)? 조산이었습니까 (38 주 미만)? _____ no 아니오 yes 예
6. Was child born late (after 42 weeks)? 만산이었습니까 (42 주 이후)? _____ no 아니오 yes 예
7. What was the method of delivery: 분만 방법은:
 - Breech 둔위 분만
 - Caesarean (Please state reason): 제왕절개 (이유를 적으십시오): _____
 - Forceps 집게 분만
 - Spontaneous vaginal 자연분만
8. Child's birth weight: 아기 출생 체중: _____
9. Apgar Score (if known): 아프가 점수 (결과를 알고 있으면) _____
10. During the hospital stay, did child have any of the following: 입원 중, 아기에게 다음 경우가 있었습니까?
 - a. Antibiotic treatment 항생제 치료 _____ no 아니오 yes 예
 - b. Blue spells 청색증 발작 _____ no 아니오 yes 예

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- c. Convulsions 경련 _____ no 아니오 yes 예
- d. Jaundice 황달 _____ no 아니오 yes 예
- e. Skin rash 피부발진 _____ no 아니오 yes 예
- f. Did child remain in hospital longer than mother? 아기가 엄마보다 더 오래 병원에 입원하고 있었습니까?
 no 아니오 yes 예

11. How was/is baby fed? 젖 먹이는 방법은?

- Bottle 우유
- Breast 모유

DEVELOPMENTAL HISTORY: 발달 내력:

1. At what age did child: 아이가 다음을 수행한 나이:

Age 나이

- a. Hold up head 머리 들기 _____
- b. Roll over 뒤집기 _____
- c. Sit unsupported 혼자 앉기 _____
- d. Stand alone 혼자 서기 _____
- e. Walk 걷기 _____
- f. Talk 말하기 _____
- g. Toilet train 용변 훈련 _____
- h. Feed him/herself 혼자 밥 먹기 _____
- i. Dress him/herself 혼자 옷 입기 _____

IMMUNIZATIONS 예방 주사

PLEASE GIVE US A COPY OF PREVIOUS IMMUNIZATIONS/VACCINES

이전 예방주사/백신 기록 사본을 제출하십시오

And TB (Tuberculosis) Testing or BCG Vaccination

그리고 TB (결핵) 검사 또는 BCG 백신

PAST MEDICAL HISTORY: 과거 병력:

1. Has the child had: 아이가 다음을 앓았습니까:

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- a. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalessemia) 혈액: 빈혈증 (철분 부족, 겸상적혈구, 지중해빈혈) _____ no 아니오 yes 예
- b. Blood transfusions 수혈 _____ no 아니오 yes 예
- c. Chicken pox (Varicella) 수두 _____ no 아니오 yes 예
- d. Contusions 타박상 _____ no 아니오 yes 예
- e. Convulsions 경풍 _____ no 아니오 yes 예
- f. Fractures 골절상 _____ no 아니오 yes 예
- g. German Measles (Rubella) 풍진 _____ no 아니오 yes 예
- h. Hospitalizations 입원 _____ no 아니오 yes 예
- i. Measles (Rubeola) 홍역 _____ no 아니오 yes 예
- j. Meningitis 뇌수막염 _____ no 아니오 yes 예
- k. Mumps 볼거리 _____ no 아니오 yes 예
- l. Operations 수술 _____ no 아니오 yes 예

If yes, what illness? 만약 예이면, 병명은? _____

- m. Poison ingestion 독극물 섭취 _____ no 아니오 yes 예
- n. Other serious medical illnesses 기타 중대 질병 _____ no 아니오 yes 예

If yes, what kind? 만약 예이면, 종류는? _____

- o. Is your child currently taking any medications, vitamins or herbs? 귀하의 자녀는 현재 약, 비타민, 허브를 복용하고 있습니까?** no 아니오 yes 예

Medication 약물	Strength/Dose 강도/용량	How Often? 빈도?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- p. Reaction to medication or food (allergy) 약물 또는 음식에 대한 반응 (알레르기) no 아니오 yes 예

If yes, please explain: 만약 예이면, 설명하세요 _____

- q. Any chronic or recurring pain? 기타 만성 또는 재발 통증? _____ no 아니오 yes 예

If yes, please explain: 만약 예이면, 설명하세요 _____

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Date: _____

2. Eyes: 눈:

- a. Any visual problems? 시력 문제가 있습니까? _____ no 아니오 yes 예
- b. Do eyes look crossed? 눈이 사시처럼 보입니까? _____ no 아니오 yes 예
- c. Does the child wear eyeglasses? 아이가 안경을 사용합니까? _____ no 아니오 yes 예

3. Ears: 귀:

- a. Any hearing problems? 청력 문제가 있습니까? _____ no 아니오 yes 예
- b. Three or more ear infections? 3 번 이상의 중이염이 있었습니까? _____ no 아니오 yes 예

4. Nose: 코:

- a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose? 아이가 자주 연속적으로 재채기를 하거나 코를 비빉니까? _____ no 아니오 yes 예
- b. Has the child had frequent nose bleeds? 아이가 코피를 자주 흘렸습니까? _____ no 아니오 yes 예

5. Throat:

목:

- a. Does your child have three or more strep throat infections per year? 아이에게 일 년에 3 회 이상 패혈증 인두염이 발생합니까? _____ no 아니오 yes 예

6. Heart: 심장:

Have you ever been told your child has 아이에 대해 다음 사항을 들으신 적이 있습니까

- a. A heart murmur? 심장 잡음? _____ no 아니오 yes 예
- b. Heart defect? 심장 기형? _____ no 아니오 yes 예
- c. High blood pressure? 고혈압? _____ no 아니오 yes 예

7. Lungs: 폐:

Has your child ever had 아이가 다음을 앓은 적이 있습니까

- a. Asthma/wheezing? 천식/천명? _____ no 아니오 yes 예
- b. Bronchitis or pneumonia? 기관지염 또는 폐렴? _____ no 아니오 yes 예
- c. Chronic cough? 만성 기침? _____ no 아니오 yes 예

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

8. Does your child tire easily? 아이가 쉽게 지칩니까? _____ no 아니오 yes 예

9. Abdomen 흉부

Has your child ever had 아이가 다음을 앓은 적이 있습니까

a. Blood in bowel movement? 혈변? _____ no 아니오 yes 예

b. Difficulty with appetite or eating? 식욕부진? _____ no 아니오 yes 예

c. Frequent abdominal pain? 잦은 흉부 통증? _____ no 아니오 yes 예

d. Frequent vomiting or diarrhea? 잦은 토하기 또는 설사? _____ no 아니오 yes 예

e. Jaundice? 황달? _____ no 아니오 yes 예

f. Marked weight loss? 현저한 체중 감소? _____ no 아니오 yes 예

If yes, please explain: 만약 예이면, 설명하세요: _____

10. Kidney: 신장:

a. Does your child ever complain of burning or frequency of urination? 아이가 소변 작열감 또는 빈번한

횟수에 대해 불평을 한 적이 있습니까? _____ no 아니오 yes 예

b. Does your child wet the bed? 야뇨증이 있습니까? _____ no 아니오 yes 예

c. Has there ever been blood in the urine? 혈뇨가 있었습니까? _____ no 아니오 yes 예

d. Has your child ever had a urinary tract infection? 아이에게 요도 감염이 발생한 적이 있습니까? _____

_____ no 아니오 yes 예

11. Skin: 피부:

a. Acne? 여드름? _____ no 아니오 yes 예

b. Any sensitivity or allergy? 민감증 또는 알레르기? _____ no 아니오 yes 예

c. Eczema or atopic dermatitis? 습진 또는 아토피증? _____ no 아니오 yes 예

12. Extremities: 사지:

Has your child 아이가

a. Had weakness or paralysis of arms or legs? 팔 또는 다리에 힘이 빠지거나 마비를 느낀 적이 있습니까? _____

_____ no 아니오 yes 예

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

- b. A persistent limp? 만성적으로 다리를 절뚝거리십니까? _____ no 아니오 yes 예
- c. Ever worn corrective shoes or braces? 교정 신발 또는 지지대를 착용합니까? _____ no 아니오 yes 예

13. Neurological: 신경계:

Has your child ever had 아이에게 다음이 발생한 적이 있습니까

- a. Breath holding? 숨을 멈춤? _____ no
 yes _____ 아니오 예
- b. Convulsions or seizures? 경풍 또는 발작? _____
 no yes _____ 아니오 예
- c. Dizziness? 현기증? _____ no 아니오 yes 예
- d. Fainting? 기절? _____ no 아니오 yes 예
- e. Frequent headaches? 잦은 두통? _____ no 아니오 yes 예
- f. Temper tantrums? 짜증 _____ no 아니오 yes 예

14. Is your child: 아이가:

- a. Impulsive? 충동적입니까? _____ no 아니오 yes 예
- b. Lacking in self-control? 자제력이 부족합니까? _____ no 아니오 yes 예
- c. Overactive? 과활동적입니까? _____ no 아니오 yes 예
- d. Does your child have problems with: 다음 사항에 대해 아이가 어려움을 겪고 있습니까:
 - i. Attending school? 학교 가기? _____ no 아니오 yes 예
 - ii. Attention span? 집중 기간? _____ no 아니오 yes 예
 - iii. Learning? 학습? _____ no 아니오 yes 예
 - iv. Mood? 기분? _____ no 아니오 yes 예
 - v. Parents? 부모님? _____ no 아니오 yes 예
 - vi. Peers? 친구들? _____ no 아니오 yes 예
 - vii. Siblings? 형제자매? _____ no 아니오 yes 예
 - viii. Sleep? 수면? _____ no 아니오 yes 예
- e. Are there concerns about physical, sexual or emotional abuse? 육체적, 성적 또는 감정적 학대가 걱정
 되십니까? _____ no 아니오 yes 예
 (You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617.253.2916 for any of the above.)

Patient Health History

office use only - place label or print here

Patient name: _____

MRN _____

DOB: _____

Date: _____

(위의 모든 것에 대한 평가 예약을 위하여는 전화번호 617.253.2916 의 정신 건강 서비스를 이용하십시오.)

15. Has your child begun puberty? _아이에게 사춘기가 시작되었습니까? _____ no 아니오 yes 예

16. Any other concerns you would like to discuss? 의논하고 싶으신 다른 우려 사항이 있습니까? _____

Parent Signature

Date

Provider Name

Date Reviewed

부모 서명

날짜

제공자 이름

검토일