

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.** 这是关于您的孩子的健康调查问卷。请填写这张调查表。在门诊的时候请带上填妥的表格。

Date completed 填表日期: _____

Child's Name 孩子姓名: _____ Date of Birth 出生日期: _____

Mother's Name 母亲姓名: _____ Father/ Partner 父亲/伴侣姓名: _____

Home Address 家庭地址: _____

Home Phone 家庭电话: _____ Work Phone 工作电话: _____

This child lives with 孩子和谁住一起:

- Mother 母亲 Mother/Father 母亲和父亲 Mother/Partner 母亲和伴侣 Father/Partner 父亲和伴侣
 Grandparent/Other 祖父祖母或其他人

FAMILY HISTORY 家庭病史

1. Mother 母亲 Age 年龄: _____ Current Health 目前健康状况: _____

Past Health Problems 过去健康状况: _____

2. Father/ Partner 父亲或伴侣 Age 年龄: _____

Current Health 目前健康状况: _____

Past Health Problems 过去健康状况: _____

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

M.I.T. Affiliation 在M.I.T.哪个部门工作: _____

4. Other Children in Family 家里其他孩子:

	<u>Dates of Birth</u> 出生日期	<u>Name</u> 姓名	<u>State of Health</u> 健康状况
•	_____	_____	_____
•	_____	_____	_____
•	_____	_____	_____
•	_____	_____	_____

5. Are there cultural or religious practices that might affect your child's medical care? yes 有 no 无

是否有文化或宗教方面的习俗会对您的孩子的医疗产生影响?

If yes, please explain: (examples: blood transfusion, dietary rules) 如果有, 请说明: (例如: 输血、饮食规定):

6. Is there a history in the family/ a blood relative of 家庭或血缘亲戚中是否有下列疾病:

- a. Tuberculosis 肺结核 yes 有 no 无
b. Diabetes 糖尿病 yes 有 no 无
c. Asthma, hay fever, eczema, allergies 哮喘、枯草热、湿疹 yes 有 no 无
d. Mental Disorder 精神疾病 yes 有 no 无
e. Seizures 癫痫 yes 有 no 无
f. Hepatitis 肝炎 yes 有 no 无
g. Heart disease, stroke, high cholesterol 心脏病、中风、高胆固醇 yes 有 no 无
h. Cancer 癌症 yes 有 no 无

If yes, what kind 如有, 是什么性质的: _____

- i. Birth defects, genetic defects 出生缺陷、遗传缺陷 yes 有 no 无
j. Other serious medical problems 其它严重的健康问题 yes 有 no 无

PRENATAL HISTORY 产前病史

1. While pregnant, did mother have 母亲怀孕时是否有:
- a. High blood pressure 高血压 yes 有 no 无
 - b. Bleeding or spotting 出血或斑点 yes 有 no 无
 - c. Kidney Disease 肾病 yes 有 no 无
 - d. Toxemia 毒血症 yes 有 no 无
 - e. Gestational diabetes 妊娠糖尿病 yes 有 no 无
 - f. Threatened Miscarriage 流产 yes 有 no 无
 - g. German Measles Rubella 风疹 yes 有 no 无
 - h. Illness other than cold or flu 除伤风或流感外的疾病 yes 有 no 无
 - i. Premature labor 早产 yes 有 no 无
2. Were medications or herbs taken during pregnancy? 怀孕时是否服用药物或草药? yes 有 no 无
If yes, what kind 如服用, 服用的是哪种药: _____
3. Was a fertility treatment used for this pregnancy? 怀孕时是否接受受孕治疗? yes 有 no 无
If yes, what kind 如接受, 接受的是哪种治疗: _____

BIRTH HISTORY 出生史

1. Where was baby born 婴儿出生地点: _____
2. Was labor induced 人工生产: yes 有 no 无
3. Was labor helped by medication 药物催产: yes 有 no 无
4. Duration of labor 生产所用时间: _____
5. Was baby born early: (less than 38 weeks) 婴儿是否早产 (少于38周) yes 有 no 无
6. Was baby born late (after 42 weeks) 婴儿是否晚产 (多于42周) yes 有 no 无
7. What was the method of delivery 分娩方法 yes 有 no 无
- Spontaneous vaginal 阴道自发分娩
 - Forceps 使用钳子
 - Breech 臀先露分娩
 - Caesarean Reason 剖腹产的原因: _____
8. Birth weight of baby 婴儿出生时体重: _____
9. Apgar score, if known 新生儿评分, 如知道: _____
10. During hospital stay, did baby have any of the following 住院时婴儿是否有如下情况:
- a. Jaundice 黄疸 yes 有 no 无
 - b. Antibiotic treatment 抗菌素治疗 yes 有 no 无
 - c. Rash 皮疹 yes 有 no 无
 - d. Blue spells 紫绀发作 yes 有 no 无
 - e. Convulsions 惊厥 yes 有 no 无
 - f. Did baby remain in hospital longer than mother? 新生儿住院时间是否比母亲长? yes 有 no 无
11. How was baby fed? 使用哪种喂奶方式?
- Breast 母乳
 - Bottle 奶瓶

DEVELOPMENTAL HISTORY 发育史:

1. At what age did child 孩子几岁时能:
- | | Age 年龄 |
|---------------------------|--------|
| a. Hold up head 抬头 | _____ |
| b. Roll over 翻身 | _____ |
| c. Sit unsupported 独自坐着 | _____ |
| d. Stand alone 独自站立 | _____ |
| e. Walk 走路 | _____ |
| f. Talk 说话 | _____ |
| g. Toilet train 便厕训练 | _____ |
| h. Feed her/himself 自己进餐 | _____ |
| i. Dress her/himself 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/请给我们一份过去免疫/疫苗/TB (肺结核) 试验或卡介苗接种的复印件

PAST MEDICAL HISTORY 过去病史:

1. Has the child had 孩子是否有:

- a. Chicken pox 水痘 yes 有 no 无
- b. Measles (Rubeola) 麻疹 yes 有 no 无
- c. German Measles (Rubella) 风疹 yes 有 no 无
- d. Mumps 流行性腮腺炎 yes 有 no 无
- e. Meningitis 脑膜炎 yes 有 no 无
- f. Convulsions 惊厥
- g. Contusions 挫伤 yes 有 no 无
- h. Fractures 骨折 yes 有 no 无
- i. Poison Ingestion 毒物摄入 yes 有 no 无
- j. Operations 手术 yes 有 no 无
- k. Blood transfusions 输血 yes 有 no 无
- l. Blood: anemia (iron deficiency, Sickle Cell, Thalassemia)
血液: 贫血 (缺铁、镰状细胞性贫血、地中海贫血) yes 有 no 无

m. Hospitalizations 住院

If yes, what illness? 如住过院, 是因患何种病? _____

n. Other serious medical illnesses 是否患过其他严重疾病: yes 有 no 无

If yes, what kind? 如患过, 是什么病? _____

o. Is your child currently taking any medications, vitamins, or herbs yes 有 no 无

您孩子目前是否服用药物、维生素或草药:

Medications 药物强度 Strength or dose 剂量 How often 服用次数

p. Reaction to drug or foods (allergy) 药物反应或食物反应 (过敏) yes 有 no 无

If yes, please explain 如有, 请说明: _____

q. Any chronic or recurring pain? 是否有慢性或反复出现的疼痛? yes 有 no 无

If yes, please explain 如有, 请说明: _____

2. Eyes 眼:

- a. Any visual problems? 是否有视力问题? yes 有 no 无
- b. Do eyes look crossed? 是否斜视? yes 有 no 无
- c. Does the child wear glasses? 是否戴眼镜? yes 有 no 无

3. Ears 耳:

- a. Any hearing problems? 是否有听觉问题? yes 有 no 无
- b. Three or more ear infections? 是否有三次或三次以上的耳朵感染? yes 有 no 无

4. Nose 鼻:

- a. Does the child have frequent attacks of sneezing or rubbing his/her nose?
您孩子是否经常打喷嚏或擦鼻子? yes 有 no 无
- b. Has the child had frequent nose bleeds? 孩子经常出鼻血吗? yes 有 no 无

5. Throat 喉:

- a. Does your child have three or more strep throat infections per year?
你孩子每年是否有三次或三次以上的喉部感染? yes 有 no 无

6. Heart 心脏: Have you ever been told your child has 心: 是否有人告诉您您的孩子有:

- a. A heart murmur 心脏杂音 yes 有 no 无
- b. High blood pressure 高血压 yes 有 no 无
- c. Heart defect 心脏缺陷 yes 有 no 无

7. Lungs: Has your child ever had 肺: 您孩子曾有过:
- a. Bronchitis or pneumonia 支气管炎或肺炎 yes 有 no 无
 - b. Asthma/wheezing 哮喘或喘鸣 yes 有 no 无
 - c. Chronic cough 慢性咳嗽 yes 有 no 无

8. Does your child tire easily? 您孩子是否很容易疲倦? yes 有 no 无

9. Abdomen 腹部: Has your child ever had 腹部: 您孩子曾有过:
- a. Jaundice 黄疸 yes 有 no 无
 - b. Blood in bowel movement 便血 yes 有 no 无
 - c. Frequent abdominal pain 经常腹痛 yes 有 no 无
 - d. Frequent vomiting or diarrhea 经常呕吐或腹泻 yes 有 no 无
 - e. Marked weight loss 明显的体重减轻 yes 有 no 无
 - f. Difficulty with appetite or eating? 胃口不好或不想进食? yes 有 no 无
- If yes, please explain 如有, 请说明: _____
-

10. Kidney 肾:
- a. Has your child ever had a urinary tract infection? 您孩子是否有过尿道感染? yes 有 no 无
 - b. Has there ever been blood in the urine? 是否有过血尿? yes 有 no 无
 - c. Does your child ever wet the bed? 是否尿床? yes 有 no 无
 - d. Does your child ever complain of burning or frequency of urination? 您孩子是否说过自己尿频或排尿有点通? yes 有 no 无

11. Skin 皮肤:
- a. Any sensitivity or allergy? 是否有皮肤过敏? yes 有 no 无
 - b. Eczema or atopic dermatitis? 是否有湿疹或特应性皮炎? yes 有 no 无
 - c. Acne? 粉刺? yes 有 no 无

12. Extremities : Has your child 四肢: 您孩子曾有过:
- a. Had weakness or paralysis of arms or legs? 手或臂无力或瘫痪? yes 有 no 无
 - b. A persistent limp? 持续性跛行? yes 有 no 无
 - c. Ever worn corrective shoes or braces 曾经穿校正鞋或矫正架? yes 有 no 无

13. Neurological 神经: Has your child ever had 神经系统: 您孩子曾有过
- a. Frequent headaches 经常性头痛 yes 有 no 无
 - b. Convulsions or seizures 惊厥或癫痫 yes 有 no 无
 - c. Dizziness 昏眩 yes 有 no 无
 - d. Fainting 昏厥 yes 有 no 无
 - e. Breath holding 嬰兒屏息發作 yes 有 no 无
 - f. Temper tantrums 愛發脾氣 yes 有 no 无

14. Is your child 您孩子是否有
- a. Overactive 反应过度 yes 有 no 无
 - b. Impulsive 冲动 yes 有 no 无
 - c. Lacking in self control 缺乏自控 yes 有 no 无
 - d. Does your child have problems with 您孩子是否有过下列问题:
 - Peers 和同龄人相处 yes 有 no 无
 - Siblings 和兄弟姐妹相处 yes 有 no 无
 - Parents 和父母相处 yes 有 no 无
 - Sleep 睡眠 yes 有 no 无
 - Attention span 注意力持久性 yes 有 no 无
 - Attending school 上学 yes 有 no 无
 - Learning 学习 yes 有 no 无
 - Mood 情绪 yes 有 no 无
 - e. Are there concerns about physical, sexual, or emotional abuse? 是否有身体、性或情感弊端或陋习方面的问题? yes 有 no 无

(You may call **Mental Health Services** to set up an evaluation at 617-253-2916 for any of the above. 您可以拨电话617-253-2916和**精神保健中心**联系, 以便就上面问题中的任何一类安排评估性诊疗。)

15. Has your child begun puberty? 你孩子的青春期开始了吗? yes 有 no 无

16. Any other concerns you would like to discuss? 您还有其它问题想讨论吗? _____

Parent signature 父母签字 _____ Date 日期 _____ Provider name 医疗机构名称 Date reviewed 检查日期 _____