

**病历-关于 24 个月后的调查问卷** 请填好并在预约时间一并带上

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

在婴儿期时有无异常？（头部异常突出，颅骨变形，...）：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

您的孩子什么时候开始爬行？\_\_\_\_\_ 月开始走路？\_\_\_\_\_个月

病史：\_\_\_\_\_

药物史：\_\_\_\_\_

过敏史：\_\_\_\_\_

颌整形史 牙套/牙箍\_\_\_\_\_

鞋垫：\_\_\_\_\_

事故：\_\_\_\_\_ 手术：\_\_\_\_\_

运动\_\_\_\_\_

您观察到您的孩子有何异常吗？（睡眠问题，大小便失禁，...）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

之前的治疗方法（语言治疗，职业治疗，... 顺势疗法，...）：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

预处理（疗骨法，物理治疗，...）\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_ 签名：\_\_\_\_\_