

病历-调查问卷 0-24 个月

请填好并在预约时间一并带上。

姓名 _____：出生日期 _____

怀孕期间的异常情况（如出血，提前宫缩，...）

生产时的特殊情况（如胎儿横位，胎儿臀位，吸盘器，剖宫产，脐带绕颈，...）

其他问题（请打勾）

	非常明显	明显	不怎么明显	不明显	不知道
睡眠情况					
母乳/奶粉					
尖叫/自己安静下来					
排便情况					
心情					
吐奶					
反应能力					

之前的治疗方法：如疗骨法，运动疗法（什么时候？） _____

其他健康问题，服用药物 _____

最后一次打预防针： _____

儿科医生的姓名： _____

已经有一个兄弟姐妹在这里接受过治疗吗？是/否 姓名： _____

日期： _____ 签名： _____