

التاريخ المرضي-إستبيان من ٠ - ٢٤ شهر

يرجى ملء الإستبيان وإحضاره في الموعد.

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____

السمات الخاصة في الحمل (على سبيل المثال النزيف والولادة المبكرة و ...)

ميزات خاصة بالولادة (على سبيل المثال العرضية و BEL والولادة بالجفت والولادة القيصرية التفاف الحبل السري حول الرقبة، ...)

مشاكل أخرى (يرجى وضع علامة)

ملحوظ جداً	لافت للنظر	ملفت قليلاً	غير لافت للنظر	لا أعلم

العلاجات السابقة: مثل اعتلال العظام والعلاج الطبيعي (متى؟) _____

غيرها من المشاكل الصحية والأدوية _____

التطعيم الأخير: _____

اسم طبيب الأطفال: _____

هل تم علاج طفل شقيق هنا ؟ نعم / لا الاسم: _____

التاريخ: _____ التوقيع: _____