

New Patient     Established Patient    Today's Date: \_\_\_\_\_

Parent(s) Name: \_\_\_\_\_

Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Sex  M  F

Child's Doctor: \_\_\_\_\_ Referred by: \_\_\_\_\_

Child's Medical History     Unknown     No Significant Medical History

**Complete below section if child is less than 5 years old or if there was a significant/complicated pregnancy history**

**Pregnancy/Birth History:** *Check all that apply*

- Mother's age at delivery \_\_\_\_\_
- Month prenatal care began \_\_\_\_\_
- Weeks of pregnancy \_\_\_\_\_
- Birth Weight \_\_\_\_\_  C-Section     Vaginal

**Pregnancy Complications:**

- Infections     Diabetes     Pre-eclampsia
- Multiple Gestations \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

**Medications:** \_\_\_\_\_

- Infections \_\_\_\_\_

**Birth/Newborn Complications:**

- Other \_\_\_\_\_
- Premature? – How early? \_\_\_\_\_
- NICU stay? – How long? \_\_\_\_\_

**During pregnancy, the child's mother:**

- Smoked - How much? \_\_\_\_\_
- Drank alcohol - How much? \_\_\_\_\_

**Current Medications:**

**Allergies to Medicines:**

**Reaction:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**This Child has been DIAGNOSED with:**

- ADD/ADHD    Age: \_\_\_\_\_
- Allergies/Hay fever    Age: \_\_\_\_\_
- Anemia    Age: \_\_\_\_\_
- Asthma    Age: \_\_\_\_\_
- Autism    Age: \_\_\_\_\_
- Bipolar Disorder    Age: \_\_\_\_\_
- Blood Disorder/Sickle Cell    Age: \_\_\_\_\_
- Broken Bones - Detail below  
\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_
- Cancer - Type: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

**Child's SURGERIES**     None

- Appendectomy    Age: \_\_\_\_\_
- Adenoidectomy    Age: \_\_\_\_\_
- Ear Tubes    Age: \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_
- Eye Surgery    Age: \_\_\_\_\_
- Hernia repair    Age: \_\_\_\_\_
- Tonsillectomy    Age: \_\_\_\_\_

**Child's Hospitalizations:**

- Hospitalization: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_
- Hospitalization: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_
- Hospitalization: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_
- Hospitalization: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

- Celiac Disease    Age: \_\_\_\_\_
- Chicken Pox    Age: \_\_\_\_\_
- Constipation    Age: \_\_\_\_\_
- Depression    Age: \_\_\_\_\_
- Developmental Delay    Age: \_\_\_\_\_
- Diabetes    Age: \_\_\_\_\_
- Frequent Ear Infections    Age: \_\_\_\_\_
- Gastrointestinal disorder    Age: \_\_\_\_\_
- Headaches/migraines    Age: \_\_\_\_\_
- Learning Disability    Age: \_\_\_\_\_
- Pneumonia    Age: \_\_\_\_\_
- Scoliosis (curved spine)    Age: \_\_\_\_\_
- Seizures/epilepsy    Age: \_\_\_\_\_
- Skin Issues    Age: \_\_\_\_\_
- Stomach Problems    Age: \_\_\_\_\_
- UTI/Bladder Infections    Age: \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

**Child's Family History:** Check the diagnoses given to the child's relatives.     Unknown

Please circle relationship M=Mother, F=Father, S=Sibling(s),  
GM = Grandmother, GF=Grandfather, O=Other Relative(s)

Diagnosis of relative:	Relationship to child	Diagnosis of relative:	Relationship to child
<input type="checkbox"/> ADD	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Allergies	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> High Cholesterol	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Anemia	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Learning Disability	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Asthma	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Psychiatric Illness	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Autism	M F S GM GF O	(Depression, addiction, etc)	
<input type="checkbox"/> Blood Disorder/ Sickle Cell	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Seizures/epilepsy	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Cancer	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> SIDS (crib death)	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Celiac Disease	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Stroke before age 55	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Diabetes	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Sudden Death before age 50	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal disorder	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Other _____	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Heart disease before age 55	M F S GM GF O		

**Social/Environmental**

- Child lives w/:
- Parent(s):     Together     Apart/Shared
  - Mother
  - Father
  - Relative \_\_\_\_\_
  - Other \_\_\_\_\_

- Adopted
- Smokers live in home with child?     Yes     No
- Child attends day care?     Yes     No
- Pets in the home?     Yes     No
- Well water?     Yes     No
- Home built before 1960?     Yes     No

Other \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



新規患者

既存患者

今日の日付: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

児童の氏名: \_\_\_\_\_ 誕生日: \_\_\_\_\_ 性別  M  F

児童の医師: \_\_\_\_\_ 参照元: \_\_\_\_\_

児童の病歴 ・ 不明 ・ 重大病歴無し

児童が5歳未満の場合、または妊娠歴が著しく複雑な場合は、以下のセクションに記入してください

妊娠/出産歴: てはまるものをすべてチェックしてください

出産時の母親の年齢 \_\_\_\_\_

ケアが始まりました \_\_\_\_\_

妊娠週 \_\_\_\_\_

出生時体重 \_\_\_\_\_  Cセクション  腔

妊娠合併症に当:

・ 感染症 ・ 糖尿病 ・ 子癇前症の月出産前ケア

複数妊娠 \_\_\_\_\_

他 \_\_\_\_\_

出産/新生児の合併症:

他 \_\_\_\_\_

早産? - 期間は? \_\_\_\_\_

NICU滞在があったか? - 期間は \_\_\_\_\_

薬: \_\_\_\_\_

感染症 \_\_\_\_\_

児童の妊娠中に母親は::

喫煙していた - 頻度は? \_\_\_\_\_

今摂取している薬:

薬へのアレルギー:

反応:

この児童は、以下の診断を受けました:

ADD/ADHD 年齢: \_\_\_\_\_

アレルギー/花 年齢: \_\_\_\_\_

粉症貧血 年齢: \_\_\_\_\_

喘息 年齢: \_\_\_\_\_

自閉症 年齢: \_\_\_\_\_

双極性障害 年齢: \_\_\_\_\_

血液疾患/鎌状赤血球 年齢: \_\_\_\_\_

骨折-以下詳細 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

癌 - タイプ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

セリアック病 年齢: \_\_\_\_\_

水疱瘡 年齢: \_\_\_\_\_

便秘 年齢: \_\_\_\_\_

鬱 年齢: \_\_\_\_\_

発達障害 年齢: \_\_\_\_\_

糖尿病 年齢: \_\_\_\_\_

耳の感染症 年齢: \_\_\_\_\_

胃腸障害 年齢: \_\_\_\_\_

頭痛/片頭痛 年齢: \_\_\_\_\_

学習障害 年齢: \_\_\_\_\_

肺炎 年齢: \_\_\_\_\_

脊柱側弯症 (湾曲した脊椎) 年齢: \_\_\_\_\_

発作/てんかん 年齢: \_\_\_\_\_

皮膚の問題 年齢: \_\_\_\_\_

胃の問題 年齢: \_\_\_\_\_

UTI /膀胱感染症 年齢: \_\_\_\_\_

他 \_\_\_\_\_

児童の手術歴

無

虫垂切除術 年齢: \_\_\_\_\_

アデノイド 年齢: \_\_\_\_\_

切除術イヤークューブ 年齢: \_\_\_\_\_

他 \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

他 \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

目の手術 年齢: \_\_\_\_\_

ヘルニア治療 年齢: \_\_\_\_\_

扁桃摘出術 年齢: \_\_\_\_\_

児童の入院:

入院: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

入院: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

入院: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

入院: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

児童親族の病歴: 児童の親族が経験した病歴・診断を確認します。  不明

関係について合致するものに丸をつけて下さい

M=母親、F=父親、S=兄妹、GM=祖母、GF=祖父、O=その他親族

親族の診断:	子供との関係	親族の診断:	子供との関係
<input type="checkbox"/> ADD	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 高血圧	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> アレルギー	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 高コレステロール	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 貧血	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 学習障害	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 喘息	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 精神病	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 自閉症	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> (鬱血液障害/ 中毒など)	
<input type="checkbox"/> 血液障害/ 鎌状赤血球	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 発作/てんかん	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 癌	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> SIDS(乳幼児突然 死症候群)	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> セリアック病	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 55歳以前の 脳卒中	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 糖尿病	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 50歳以前の	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 胃腸	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> 他 _____	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> 55歳以前の 心臓病	M F S GM GF O		

児童の生活共同者:

両親:  同居  アパート/シェア

母親

父親

親族 \_\_\_\_\_

他 \_\_\_\_\_

養子

児童と一緒に暮らす人に喫煙者はいますか?  はい  いいえ

児童はデイケアに参加していますか?  はい  いいえ

家にペットはいますか?  はい  いいえ

井戸水の使用がありますか?  はい  いいえ

1960年以前に建てられた家ですか?  はい  いいえ

他 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_