

**소아과를 방문하시는 환자분들께**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 아기의 성명: | 생년월일:  | 연령 : |
|  부모의 성명: |
|  이메일 주소: | 전화번호： |

( 아이의 건강 상태에 관한) 정보를 제공하려면 이 양식을 작성하십시오.

1. **키:** ( cm) **몸무게:** ( kg)
2. **재태 기간:** 주, 출생 체중: grams,
3. **아이가 태어날 때 어떤 의학적 문제가 있습니까?** 예 ・ 아니요

있으면 무엇입니까? （ ）

예: 산소요법, 기계적 환기, 수술 등..

1. **아기가 심장 또는 페 질환 진단을 받은 적이 있습니까?** 아니요 ・ 예

받은 적이 있으면 진단은 무엇입니까?

1. **아이가 감기에 걸렸을 때 쌕쌕거림을 느끼거나 호흡곤란을 느낍니까?** 아니요 ・ 예
2. **아이가 천식 진단을 받은 적이 있습니까?** 아니요 ・ 예

천식 발작은 언제 발생합니까?

（ 무작위 ・ 계절 ・ 날씨 ・ 현재 치료되지 않음 ・ 기타\_\_\_\_ ）

최근 공격： 년/월/일 치료?

1. **아이가 자는 동안 코를 골거나 가끔 호흡을 멈춥니까 (수면무호흡증)?** 아니요 ・ 예
2. **아이가 과거에 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까?** 아니요 ・ 예

반응이 있다면 무엇이었습니까? （ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）

1. **아이가 발작을 일으키거나 의식을 잃습니까?** 아니요 ・ 예
2. **아이가 이전에 전신마취를 받은 적이 있습니까?**

 （ 살, 수술을 위함. 어느 병원?

전신마취나 국소마취에 이상 반응이 있었습니까?

1. **전신마취나 국소마취에 이상반응을 보인 친인척이 있습니까?**  아니요 ・ 예
2. **상기 외에 지적되었거나 현재 치료 중인 질병이나 문제점이 있나요?** 아니요 ・ 예

언제 및 무슨 ： 현재 복용 중인 약물 ： 약명: 최근 예방접종 ：날짜: 년/ 월/ 일 종류:

가장 최근의 독감 또는 감기 증상: 개월/ 주/ 일 전

 **협조해 주셔서 감사합니다!**