

孩子住院前的健康記錄 - 父母的報告

孩子的名字	性別	生日日期
父親/父親的家中伴侶的姓名	父親/父親的家中伴侶與孩子同住嗎？	
母親/母親的家中伴侶的姓名	母親/母親的家中伴侶與孩子同住嗎？	
孩子是/已得到醫生的定期監督？	最後一次的身體/醫療檢查日期	

發育紀錄 (*僅用於嬰兒和學齡前的兒童)

開始步行在*	開始學說話在*	如廁訓練開始在*
月	月	月

過去的病歷 - 勾劃孩子有的疾病, 以及疾病的大約日期:

日期	日期	日期
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 花粉過敏	<input type="checkbox"/> 小兒麻痺症
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 癲癇症	<input type="checkbox"/> 10日麻疹 (風疹)
<input type="checkbox"/> 風濕熱	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 三日麻疹 (風疹)
<input type="checkbox"/> 花粉過敏	<input type="checkbox"/> 疥癬	

請說明任何其他嚴重或重病或意外事故

孩子有經常性感冒？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	去年有多少次？	列出任何應該知道的過敏的東西
---	---------	----------------

日常作息 (*僅用於嬰兒和學齡前兒童)

孩子什麼時候起床？*	孩子什麼時候上床睡覺？*	孩子睡得好嗎？*
孩子在白天睡覺嗎？*	什麼時候？*	多久？*
飲食習慣： (孩子通常用餐吃些什麼？)	早餐 午餐 晚餐	平時的飲食時間是什麼？ 早餐 _____ 午餐 _____ 晚餐 _____

有任何厭惡的食物？ 任何飲食問題？

孩子已訓練如廁嗎？*	如果是的話, 處於哪個階段：*	排便正常嗎？*	通常是在什麼時間？*
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

用作“排便”的字眼* 用作“排尿”的字眼*

家長對孩子健康的評價

孩子現時是在醫生的照顧？	如果是, 醫生的姓名:	孩子是否遵醫囑用藥？	如果是, 何種和有任何的副作用:
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

孩子使用任何特殊的設備:	如果是, 什麼樣的設備:	孩子在家中任何特殊的設備嗎？	如果是, 何種設備:
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

家長對孩子性格的評價

孩子與父母, 兄弟, 姐妹和其他孩子和睦相處嗎？

有孩子群戲的經驗嗎？

是否孩子有任何特別的問題/恐懼/需求? (解釋)

孩子生病時有什麼的護理計劃？

要求托兒所安置的原因

父母的簽名 日期