

소아과문진표

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 성명 | | | |
| 확인 년월일 | | | |
| | | | |
| | | | |

1. 예방접종을 사전에 마친 것에 ○를 체크하여 주시기 바랍니다.

- BCG 소아마비 (1) (2)
- 삼종혼합 I기 첫회 (1) (2) (3) I기추가 II기
- MR (두드러기 풍진) 수두 볼거리

2. 가족 (혈연, 동거자) 에 대해서 오른쪽 표에 번호를 기입하고 () 부모님과 형제의 연령을 기입하여 주시기 바랍니다.

- ①천식 *남성-----□ 여성-----○
- ②아토피성 피부염
- ③알레르기성 비염
- ④알레르기성 결막염
- ⑤꽃가루 알레르기
- ⑥약물 알레르기
- ⑦흡연【 】 에 개비/일
- ⑧기타



3. 발육력에 대해

- 출생체중 () g
- 신생아기의 이상 유 · 무
- 소아경풍 (경련) 무 · 유 () 세, 열은 무 · 유 () 회
- 약물 알레르기 무 · 유 ()
- 알레르기 무 · 유 ()
- 특수한 질환 (선천성 이상, 심장, 신장, 뇌신경, 면역부전, 기타)
 - 결린 적 유 · 무
- 앓았던 질병 (두드러기, 풍진, 수두, 볼거리, 백일해, 돌발진, 수족구병, 용혈연쇄구균감염증)
 - 기타 ()
- 입원력 무 · 유 ()
- 3~4 개월 검진에서 이상 무 · 유 ()
- 9 개월 검진에서 이상 무 · 유 ()
- 1 세 6 세월 검진에서 이상 무 · 유 ()
- 3 세시 검진에서의 이상 무 · 유 ()
- 취학시 검진에서의 이상 무 · 유 ()