

\*兒童病人資料/Pediatric Patient Information

兒童姓名 Child Name: 中文\_\_\_\_\_ 英文\_\_\_\_\_

出生日期 Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 年齡 Age: \_\_\_ 性別/Sex: 男 M/女 F

電話 Tel Number: 住宅 Home \_\_\_\_\_, 公司 Office \_\_\_\_\_, 手提 Mobile \_\_\_\_\_

地址 Address: \_\_\_\_\_

傳真 Fax: \_\_\_\_\_ 電郵 Email: \_\_\_\_\_

母親姓名 Mother Name: 中文\_\_\_\_\_ 英文\_\_\_\_\_

父親姓名 Father Name: 中文\_\_\_\_\_ 英文\_\_\_\_\_

母親電話 Mother Tel Number: 公司 Office \_\_\_\_\_, 手提 Mobile \_\_\_\_\_

父親電話 Father Tel Number: 公司 Office \_\_\_\_\_, 手提 Mobile \_\_\_\_\_

父母誕下此名子女時的年齡 Parent's age when gave birth to this child:  
父 Father: \_\_\_ 母 Mother: \_\_\_

兄弟姐妹數目 Number of siblings: \_\_\_ 年齡分別為 age of siblings: \_\_\_\_\_

出生時的體重 Birth Weight: \_\_\_\_\_ 出生時的體長 Birth Length: \_\_\_\_\_

現時體重 Current Weight: \_\_\_\_\_ 現時身高 Current Height: \_\_\_\_\_

懷孕後期胎兒體位 Third trimester presentation: 垂直 Vertex/頭上腳下 Breech/橫臥  
Transverse/面或眉向下 Face or Brow

分娩模式 Type of Birth: 陰道 Vaginal/助產箝 Forceps/吸盤 suction/開刀 C-Section/  
無痛分娩 Epidural Anesthesia/催生 Oxytocin

懷孕期間不適 Problem during pregnancy: \_\_\_\_\_

分娩困難 Problem during labor: \_\_\_\_\_

阿帕嘉分數 APGAR Score: \_\_\_\_\_ 出生時有否出現以下情況 Does the  
following presence at birth: 發紺 cyanosis, 黃疸 Jaundice

先天缺憾? Congenital Birth Defect? 是/否 Y/N 如答是請詳述 If answer Yes,  
please explain in

detail: \_\_\_\_\_

母乳餵哺 Breast feeding: Y/N 多久 How long: \_\_\_\_\_

奶粉餵哺 Milk powder: Y/N 牌子 Brand: \_\_\_\_\_

睡眠時間 Hours of sleep/night: \_\_\_\_\_ 睡眠質素: 好 Good/一般 Fair/差 Bad

疫苗注射記錄 Immunization record:

---

曾使用抗生素 Has used antibiotics? 是/否 Y/N 如答是請詳述 If answer Yes,  
please explain in

detail: \_\_\_\_\_

曾看過的脊醫 Previous Chiropractor: \_\_\_\_\_

介紹人 Referred By: \_\_\_\_\_ 初診日期 First Visit: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

是次預約目的 Purpose of this appointment: \_\_\_\_\_

簽署 Signature: \_\_\_\_\_

\* 由家長或監護人填寫/Filled in by parents or guardian