

٣- التاريخ الطبي

حالة الأم الصحية قبل الحمل:

حالتها أثناء الحمل:

هل تعرضت الأم لحالات إجهاض

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل تعرضت الأم لحوادث

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل تناولت الأم أي علاج أثناء الحمل

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

كيف كانت حالة الولادة ، هل حدث نقص أكسجين أثناء الولادة ؟ عسر ولادة؟

٤- التاريخ التطوري لنمو الطفل

أ- ما نوع الرضاعة

ب- كم كان عمر الطفل عند قيامه بـ الجلوس:

الحيو :

الوقوف:

المشي :

ظهور أول سن :

استخدام الحمام :

استخدام الملعقة في الأكل :

٥- التاريخ المرضي

هل أصيب الطفل بأحد الأمراض التالية:

تضخم اللوزتين

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

التهاب الأذن

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

التشنجات الدماغية

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

القلب

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الحساسية

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أعراض أخرى

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الأنيميا

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

السكري

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ارتفاع درجة الحرارة

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل للأدوية آثار جانبية؟

أحياناً	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل يتعاطى الطفل أدوية بصورة مستمرة ؟

أحياناً	لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ما هو الدواء الذي يتناوله الطفل عادة عند إصابته بما يلي :

ارتفاع الحرارة

الإسهال