



Adı / Soyadı : _____ Başvuru Tarihi: ____/____/____
Doğum Tarihi : ____/____/____
Protokol No : _____
Telefon Numarası : _____
Adres : _____

Yakınma:

Öykü :

Öz Geçmiş

Prenatal:

Annenin Bilinen Hastalığı: _____
İlaç Öyküsü : _____
Sigara, alkol : _____

Natal:

Doğum Haftası: _____ Doğum Şekli: _____
Doğum Ağırlığı: _____ Doğum Boyu: _____

Postnatal:

Motor - Mental Gelişimi: _____
Baş Tutma : _____ Desteksiz Oturma: _____
Yürüme : _____ Konuşma : _____
Ders Başarısı : _____
Beslenme : _____
Aşılar : _____
Geçirdiği Hastalık : _____
Operasyon Öyküsü : _____
Sürekli Kullandığı İlaç : _____
Bilinen Alerji : _____

Soy Geçmiş

Anne : _____ Annenin Boyu : _____
Baba : _____ Babanın Boyu : _____
Hedef Boyu : _____ SDS: _____ P: _____
Tahmini Boy : _____

Akrabalık : _____
Kaçınıcı Çocuk : _____
Diğer Kardeş : _____

Ailede Bilinen Hastalık: _____
