

ふりがな	生年月日	年	月	日生	歳
お名前	性別 [ 男 ・ 女 ]				

診療に役立てるため、下記の質問事項にご記入、または該当するものに○印をつけてください。

#### 01. どんなことが心配で受診されましたか？

- 低身長 ・ 低体重 ・ 高身長 ・ 思春期が早い ・ 思春期が遅い ・ その他 ( )
- 紹介状はお持ちですか いいえ ・ はい 紹介元 ( )

#### 02. 出生時について

- 出産 初産 ・ 経産 ● 妊娠中のお母さんの体調不良 なし ・ あり ( )
- 胎児仮死 なし ・ あり ● 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 ● 出生身長 \_\_\_\_\_ cm ● 出生体重 \_\_\_\_\_ g
- 分娩 頭位分娩 ・ 骨盤位分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開
- 新生児仮死 なし ・ あり ● 黄疸の治療 なし ・ あり

#### 03. 発達・生育について

- 発達異常 ない ・ ある ( )
- 栄養 母乳 ・ 人工 ・ 混合 ● 離乳食 開始 ( ) ヶ月 摂取量 少 ・ 中 ・ 多
- 現在の食事量 少 ・ 中 ・ 多 ● 偏食 ない ・ ある ( )
- 勉強 得意ではない ・ 普通 ・ できる ● 運動 得意ではない ・ 普通 ・ できる
- 睡眠 浅い ・ 深い / 短い ・ 十分

#### 04. これまでにかかった病気について

- 重い病気、気になる病気 ない ・ ある \_\_\_\_\_ 歳 ( ) \_\_\_\_\_ 歳 ( )
- 慢性疾患 ない ・ ある ( )
- 服薬中の薬 ない ・ ある ( )
- 食物アレルギー、食事制限 ない ・ ある ( )
- 他のアレルギー ない ・ ある ( )

#### 05. ご家族について

- 父 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg 一番背が伸びた学年 ( ) 学校 ( ) 年生ごる
- 母 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg 初潮 \_\_\_\_\_ 歳
- ( 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ) \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ cm ● ( 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ) \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ cm
- 家系に多い病気、気になる病気 ない ・ ある ( )
- 父方の身長 高め ・ 低め ( ) ● 母方の身長 高め ・ 低め ( )

その他、伝えたいこと、相談したいことがございましたらご記入ください。