

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 ()

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 ● 離乳食の進み方、食べる量 問題ない ・ ある ()
- 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 初経 _____ 歳
- 兄弟 () 歳 cm () 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。