成長関連の受診に関する問診票

ふりがな	体重	現在の体温	年齢
お子様のお名前　　男・女	Kg	℃	歳　　ヶ月
携帯番号　　ー　　ー	生年月日（西暦）　　年　　月　　日		

1　相談内容に〇をしてください

・低身長　・肥満　・思春期早発　・小陰茎　・甲状腺疾患

・その他　（　　）

2　今までに指摘、あるいは治療中の疾患はありますか？

はい　→

いいえ

3　血縁者で治療中または持病の指摘はありますか？

父【　　】　母【　　】

父方祖父【　　】　母方祖父【　　】

父方祖母【　　】　母方祖母【　　】

4　ご兄弟の性別・年齢・持病を教えてください

5　父の身長　　ｃｍ　　身長が最も伸びた時期（年齢あるいは学年）　：

6　母の身長　　ｃｍ　　初経の時期（年齢あるいは学年）　：

7　お子さんの出生から乳児期のこと

・在胎週数　　週　　日　・出生体重　　ｇ　・出生身長　　ｃｍ

・分娩方法：経腟分娩・吸引分娩・帝王切開　・栄養法：完全母乳・混合栄養・人工ミルク

8　半年前と１年前の身長を教えてください(わかればで結構です)

半年前　（　　年　　月　　日）：　　ｃｍ

１年前　（　　年　　月　　日）：　　ｃｍ

9　お子さんの二次性徴のこと

【男の子】　　有の場合はそれはいつからですか？

下の毛　　有・無

わき毛、ひげ　　有・無

声変わり　　有・無

【女の子】　　有の場合はそれはいつからですか？

胸のふくらみ　　有・無

下の毛　　有・無

初経　　有・無

10　その他の症状があればチェックしてください

□ 嘔吐　　月　　日　　～　　回

□ 下痢　　月　　日　　～　1日　　回

□ 咳　　月　　日　　～

□ 鼻水　　月　　日　　～

□ 肌荒れ　部位：全身・頭・顔・腕・腹・背中・足・その他（　　）

□ その他　（症状や相談したい事を記入してください）

11　服用中の薬

□ ない　　□ ある　（当院）

□ ある　（他院）　薬剤名（　　）