成長に関する問診票

名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿， 性別： 男・女 、 生年月日：西暦 年 月 日

下記の質問は、今後の治療に必要な事項ですので、わかる範囲でありのままに記入して下さい。
診断に必要ですので、**乳房・外性器の診察を行う**ことをあらかじめご理解ください。

(1) 低身長には誰が気づかれましたか？ :保健所、保育・幼稚園、学校、両親、医療機関、他[ ]
(2) 今までに低身長で受診されたことはありますか？ :いいえ、ある [医療機関名：]
(3) ステロイド剤を3ヶ月以上内服したことはありますか？ ：いいえ、ある[病名：]
(4) 食事制限を受けたことがありますか？ ：いいえ、ある [食品名：]
(5) 極端な好き嫌いはありますか？： いいえ、ある [病名：]

【家族の身長】

続柄	年齢	身長(cm)	続柄	年齢	身長(cm)
父			(例)兄（○）弟 姉 妹	10	135
母			兄 弟 姉 妹		
父 方 祖 父			兄 弟 姉 妹		
父 方 祖 母			兄 弟 姉 妹		
母 方 祖 父			兄 弟 姉 妹		
母 方 祖 母			兄 弟 姉 妹		

【出生時の記録】

在胎： 週 日	身長： cm	体重： g	出生胎位：頭位、骨盤位、帝王切開
母の誕生日： S, H 年 月 日		出生届提出地 ( )都 道 府 県、( )市 区 町 村	
仮死： 有 ・ 無	黄疸：普通、 強（光線療法：無 、 有 [時間] ）		

【過去の記録】

測定年月日	身長(cm)	体重(kg)
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

測定年月日	身長(cm)	体重(kg)
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		