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		