

低身長・成長相談 初診問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

以下の質問について、あてはまるものに○をつけてください

・産まれたときの状況を教えてください(母子手帳を見てお書きください)

在胎 _____ 週 _____ 日、体重 _____ g、身長 _____ cm で出生

分娩の様式(どちらかに○) : 通常分娩 帝王切開

赤ちゃんの向き(どちらかに○) : 頭位分娩 それ以外(逆子など)

新生児期に何らかの病気で治療を受けた : 受けない 受けた

(治療を受けた方は具体的に)

・ご家族・ご兄弟の年齢と身長をわかる範囲で教えてください

お父さん : 身長 _____ cm 身長が一番伸びたのは _____ 歳ごろ

お母さん : 身長 _____ cm 初潮 _____ 歳ごろ

ご兄弟(兄・姉・弟・妹はあてはまるものに○をつけてください)

兄・姉・弟・妹 : _____ 歳 _____ か月 身長 _____ cm

兄・姉・弟・妹 : _____ 歳 _____ か月 身長 _____ cm

兄・姉・弟・妹 : _____ 歳 _____ か月 身長 _____ cm

兄・姉・弟・妹 : _____ 歳 _____ か月 身長 _____ cm

・今回の件で、これまでに他の病院を受診されたことがありますか? : ない ある

(ある方は病院名を記入) _____ を受診

(受診された方のみ)検査を受けましたか? : 受けなかった(診察のみ) 受けた

(検査を受けた方のみ)どのような検査を受けましたか?

血液検査 (1回だけ 負荷試験) レントゲン撮影 MRI・CT 撮影

・今回の相談は、どのようなきっかけで受診されようと思われましたか?

健診・幼稚園・学校から勧められた ご家族が心配

他の病院で勧められた その他(_____)

診察前に、これまでの身長の記録を提出してください