

問診票

フリガナ _____

お名前 _____ (男・女) 自宅TEL. _____

生年月日 H・R 年 月 日 年齢 歳 カ月 携帯 _____

ご住所 〒 _____

学校名・幼稚園名 _____

どこから紹介されましたか？○で囲んでください

かかりつけのお医者さん・保健所・学校の保健の先生・講演会で・本を見て・ホームページで
その他()

生まれた時の週数 _____ 週 _____ 日

生まれた時の身長 _____ cm 生まれた時の体重 _____ g

家族の身長

- ・父 _____ cm ・母 _____ cm
- ・兄弟 1 年齢 _____ 歳 _____ カ月(男・女) _____ cm
- 2 年齢 _____ 歳 _____ カ月(男・女) _____ cm
- 3 年齢 _____ 歳 _____ カ月(男・女) _____ cm
- ・父方祖父 _____ cm ・父方祖母 _____ cm
- ・母方祖父 _____ cm ・母方祖母 _____ cm

両親の2次性徴発来時期(わからなければけっこうです)

・父(早熟・普通・おくて) ・母(早熟・普通・おくて)(初潮) _____ 歳

家族の病気(両親、兄弟、祖父母について)

・甲状腺の病気 あり・なし
[ありの場合は具体的に(誰がどういう病気か) _____]

出生時の状況について○で囲んでください

・さかごではありませんでしたか? 正常(頭位) さかご(骨盤位分娩)
・すぐに“オギャー”となきましたか? ないた(仮死なし) なかなか(仮死あり)

今までに何か病気・手術をしたことがありますか? あり・なし
[ありの場合は具体的に _____]

今までに健診等で低身長以外で何か指摘をされたことがありますか? あり・なし
[ありの場合は いつ(____歳ごろ) 具体的に _____]

アレルギーはありますか? あり・なし
[ありの場合は具体的に _____]

他に何か気になることがありましたらお書き下さい

治療に対するご希望がございましたらお書き下さい
(とりあえず検査を受けたい・必要があれば成長ホルモンの治療を受けたい など)