

成長障害等で受診される方へ（問診票）

診療上正確な情報が必要です。以下にご記入ください。

【出生時の状況】

在胎週数 週 日 {または予定日より 日 (早かった、遅かった)}

出生体重 g、出生身長 cm

(頭位分娩 [正常分娩]、骨盤位分娩 [逆子分娩])

(自然分娩、鉗子分娩、吸引分娩、帝王切開)

新生児仮死 (有・無) 黄疸 (普通・強かった)

黄疸に対する治療を (うけた・うけなかった)

その他:



【発達歴】

首のすわり ヶ月、お坐り ヶ月、つたい歩き ヶ月、独り歩き ヶ月

学校の成績 学科 (上・中の上・中・中の下・下)

体育 (上・中の上・中・中の下・下)

【既往歴】

入院を必要とした病気とその時の年齢 (

)

アレルギー性疾患 (アトピー性皮膚炎、気管支喘息、鼻炎、結膜炎)

その他 (

)

【家族歴】

続柄	年齢	身長	体重	
父	歳	cm	kg	同級生に比べ後になって伸びた (有、無)
母	歳	cm	kg	" (有・無)、初潮 (歳 ヶ月)
(兄・姉)	歳 ヶ月	cm	kg	背は (高いほう・普通・低いほう)
(兄・姉)	歳 ヶ月	cm	kg	背は (高いほう・普通・低いほう)
本人	歳 ヶ月	---	---	-----
(弟・妹)	歳 ヶ月	cm	kg	背は (高いほう・普通・低いほう)
(弟・妹)	歳 ヶ月	cm	kg	背は (高いほう・普通・低いほう)

患者氏名

記入日 : 平成 年 月 日