

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〉令和 年 月 日