

ID:		問診票		小児	
フリガナ		生年月日 年 月 日 (満 歳)			
お名前		男 女		血液型 型	
〒 -		都道府県			
現住所		電話番号 ご自宅 携帯			
メールアドレス					

低身長外来を受診される方への問診票です。重要な資料ですので正しくご記入をお願いします

①ご両親についてお伺いします

	生年月日	身長	体重	持病	
母親	年 月 日				初潮 歳頃
父親	年 月 日				一番背が伸びた時期 歳頃

ご職業を教えてください。

専業主婦 会社員 会社経営・役員 公務員 自営業・自由業 各種法人 派遣社員
パート・アルバイト その他()

②ご兄弟についてお伺いします

続柄	生年月日	身長	体重	持病
例:妹	2008年4月1日	120cm	25kg	アトピー
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

③祖父祖母についてお伺いします

	年齢(死亡の際はその時の年齢と原因)	持病	身長
母方祖父	歳		
母方祖母	歳		
父方祖父	歳		
父方祖母	歳		

④ご本人についてお伺いします

お子様の身長が気になりだした時期 ()歳 ()か月頃

【出生時の状況】

在胎週数 ()週 ()日 【又は予定日より()日 (早かった 遅かった)】

出生体重 ()g

出生身長 ()cm

分娩時姿勢 頭位分娩(正常) 骨盤位分娩(逆子)

分娩方法 自然分娩 鉗子分娩 吸引分娩 帝王切開

新生児黄疸 なし あり →黄疸に対する治療を 受けた 受けていない

【発達歴】

首のすわり ()か月 おすわり()か月

つたい歩き ()か月 一人歩き()か月

【現在のご病気・服用中のお薬】

()

裏面もご記入をお願いします

【入院を必要としたご病気があれば教えてください】

()

アレルギー疾患 アトピー性皮膚炎 気管支喘息 鼻炎 結膜炎

【食事】

食事制限を受けたことがありますか あり なし

ありの方のみ いつ頃どのような病気のために制限したかお書きください

()

好きな食べ物 () 嫌いな食べ物 ()

【治療および検査歴】

これまで通ったことのあるクリニック名を教えてください。

たなか成長クリニック きりんクリニック 野瀬クリニック 四谷メディカルサロン ぬかたクリニック
国立成育医療センター 慶応義塾大学病院 銀座クリコ 順天堂大学医学部附属 練馬病院
大塚美容形成外科・歯科 なごやかこどもクリニック その他(医院)

そのクリニックに通っていた理由を教えてください。()

転院された理由を教えてください()

⑤アンケートにご協力ください

【当院を知ったきっかけを教えてください】(複数回答可)

パソコンでの検索 (yahoo / google / safari / その他:) 携帯サイト

上記にチェックをされた方へ質問です。検索の際は何と入力して検索されましたか？()

広告・チラシ 雑誌(雑誌名:) タウン情報誌

口コミ 友人紹介(ご紹介者様名:) TV(番組名:)

ポスター その他(詳しく教えてください:)

【よく見る・利用するサイト、雑誌を教えてください】例:facebook ぐるなび アメブロ クックパッドなど

()

※診療時にお聞きになりたい事がありましたら、ご記入ください。

ご記入いただきありがとうございました。