

低身長・成長障害・思春期早発症 問診票

☆当院へ来院された理由を教えてください。

- 健診、学校、園で指摘された
- 他の医院から紹介
- 以前から気になっていた
- その他(_____)

☆出生歴を教えてください(初診問診票に記載した場合は結構です)

在胎週数(____週 ____日) 初産・経産(____)人目
出生時身長 _____cm 出生児体重 _____g
新生児仮死(有・無)
新生児黄疸(有・無) 有の方→黄疸治療を受けた(有・無)

☆既往歴、検査歴を教えてください

- 入院治療、検査入院歴:(年齢:_____歳頃、病名:_____)
(年齢:_____歳頃、病名:_____)
- 現在、薬を内服中(薬の名前:_____)

☆家族歴:わかる範囲で記載ください

続柄	年齢	身長	体重	備考
父	歳	cm	kg	背が伸びるのが遅かった(有・無)
母	歳	cm	kg	初潮(歳 ヶ月)
兄・姉	歳 ヶ月	cm	kg	背は(高い方・普通・低い方)
兄・姉	歳 ヶ月	cm	kg	背は(高い方・普通・低い方)
本人	歳 ヶ月	cm	kg	
弟・妹	歳 ヶ月	cm	kg	背は(高い方・普通・低い方)
弟・妹	歳 ヶ月	cm	kg	背は(高い方・普通・低い方)

☆その他、ご要望等があれば記載ください。

(_____)