

成長相談問診票

お名前 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

以下の質問についてご記入ください。

・今まで低身長にて他院受診歴 あり ・ なし

※ありと記入された方は病院名と行った検査等わかる範囲についてご記入ください

・父 (身長 _____ c m) ・母 (身長 _____ c m)

・兄弟 (_____ 歳) (身長 _____ c m) (_____ 歳) (身長 _____ c m)

(_____ 歳) (身長 _____ c m) (_____ 歳) (身長 _____ c m)

・起床時間 (_____ 頃) ・就寝時間 (_____ 頃) ・熟睡度 (良い ・ 普通 ・ 浅い)

・花粉症 (あり ・ なし) ・鼻づまり (あり ・ なし)

・アトピー性皮膚炎 (あり ・ なし) ・皮膚の痒み (あり ・ なし)

・習い事や部活動などあれば時間等具体的にご記入をお願いします

※裏面もご記入ください。

・お子さんの成長の記録などより詳しく記載をお願いします。

例) (2010 年 4 月 1日) (3歳 6ヶ月) (身長 90 c m 体重 13 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)

(年 月 日) (歳 ヶ月) (身長 c m 体重 Kg)