

# 身長問診票

ふりがな

氏名

男・女

ID

来院日

(1) 出生時の事を教えてください。

出生体位・・・ 頭位 骨盤位 帝王切開 その他 不明

出生週数・・・ \_\_\_\_\_ 週

出生体重・・・ \_\_\_\_\_ g

出生都道府県・市・・・ \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市

出生時異常・・・ なし 新生児仮死 新生児黄疸(軽度・中度・重度) 脳疾患・画像異常

(2) 今までに低身長の事で医療機関を受診した事がありますか？

はい (病院名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ 診断結果 \_\_\_\_\_ )

いいえ

(3) 食欲・食事量について教えてください。

乳幼児期のミルク母乳・・・ よく飲んだ ふつう あまり飲まなかった

乳幼児期の離乳食・・・ よく食べた ふつう あまり食べなかった

幼児期の食事・・・ よく食べた ふつう あまり食べなかった

(4) ご両親の成長歴について教えてください。

● 身長はクラスの中で、どのくらいでしたか？

小学校・・・ 父 (低い ふつう 高い) 母 (低い ふつう 高い)

中学校・・・ 父 (低い ふつう 高い) 母 (低い ふつう 高い)

● 思春期の始まった時をお知らせください。

父・・・ 声変わりした年齢 \_\_\_\_\_ 歳頃

母・・・ 初経・胸が大きくなった年齢 \_\_\_\_\_ 歳頃 ⇒ 月経は順調でしたか？ はい いいえ

(5) 家族の身長を教えてください。

