

問診票

お子さんのお名前 ()

以下の説明文を読み、記入、または当てはまる項目に「○」をつけてください

いままでにどこかの病院で検査を受けられましたか	いいえ	はい
-------------------------	-----	----

1) お子さんが生まれた時のことについて (母子手帳も参考にしてお答え下さい)

生まれた週数 週 日 出生体重 g 出生時身長 cm

※わからない場合…生まれたのは予定日より3週間以上早かったですか (いいえ はい)

生まれた時の体重は2500gより小さかったですか (いいえ はい)

生まれた時は、さかご (骨盤位) でしたか	いいえ	はい
生まれた時に人工呼吸器や保育器を使用しましたか	いいえ	はい
黄疸 (おうだん) が強くて光線をあてる治療を受けましたか	いいえ	はい

2) 今までにした病気や受けた治療法、食事、排泄などについて教えてください。

長く通院や内服薬による治療を要した病気がありますか?	ない	ある
ステロイド治療を受けたことはありますか (内服、塗り薬、吸入、点鼻など)	ない	ある
食事制限を受けたことはありますか?	ない	ある
極端な好き嫌いはありますか?	ない	ある
慢性の下痢はありますか?	ない	ある

3) 両親、兄弟を含め、「血のつながりのある親戚」の範囲の方について教えてください。

身長140cm以下の成人女性、または150cm以下の成人男性がいますか?	いない	いる
発達に遅れのある方、知能に障がいのある方はいますか?	いない	いる
クラスで前から1~2番目の身長の兄弟姉妹がいますか?	いない	いる
結婚して2年以上妊娠しない、いわゆる不妊の方はいますか?	いない	いる
お父様とお母様は、もともと血縁関係 (例えばいとこ同士) でしたか?	いいえ	はい

4) ご家族の身長を教えてください。

父方祖父	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm				(きょうだい)
父方祖母	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm	お父様	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm	・	歳 (男・女) <input style="width: 50px;" type="text"/> cm
母方祖父	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm	お母様	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm	・	歳 (男・女) <input style="width: 50px;" type="text"/> cm
母方祖母	<input style="width: 80px;" type="text"/> cm			・	歳 (男・女) <input style="width: 50px;" type="text"/> cm
		(TH=)		・	歳 (男・女) <input style="width: 50px;" type="text"/> cm

5) 生まれてから今までの、お子さんの身長体重の記録をご記入ください。

(母子手帳や保育園・幼稚園・小学校などの健康記録を参考にしてください)

生年月日	年	月	日 (出生時)	cm	g
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg
	年	月	(歳 ヶ月)	cm	kg

6) その他、食事 (量や好み)、睡眠、運動など生活全般について
気になることはありますか。ご自由にお書きください。

ありがとうございました。診察までお待ち下さい。