

# こども成長外来 問診票

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日現在

氏名 (ふりがな) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

生年月日 西暦\_\_\_\_\_年、S・H・R \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_歳)

出生時の身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

現在の身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

受診する目的 (例 cm になってサッカーが上手になりたい、身長が伸びるか心配 など)

## これまでの健康状態

周産期異常：体位 \_\_\_\_\_、分娩方法：経膣・帝王切開、胎児仮死 あり・なし

その他 ( \_\_\_\_\_ )

発達異常：なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

以前に同じ悩みで他院を受診したことが ない・ある

(医療機関名： \_\_\_\_\_ )

家族歴 父の身長\_\_\_\_\_cm 母の身長\_\_\_\_\_cm

生活習慣：食事 \_\_\_\_\_回/日

献立例) 朝 ( \_\_\_\_\_ )

昼 ( \_\_\_\_\_ )

夕 ( \_\_\_\_\_ )

間食 なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

睡眠 \_\_\_\_\_時間/日 (就寝 \_\_\_\_\_時ごろ・起床 \_\_\_\_\_時ごろ)

運動 \_\_\_\_\_時間/日 (内容 \_\_\_\_\_ )

既往歴 頭部手術歴 あり・なし、その他 ( \_\_\_\_\_ )

アレルギー なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

内服 なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

## からだの変化

おんなのこ 乳房発達 あり・なし、脇毛 あり・なし、初潮 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃・未

おとこのこ 陰毛萌出 あり・なし、声変わり あり・なし、ひげや脇毛 あり・なし

自費診療に対する理解と同意 あり \_\_\_\_\_ なし

初診予定日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (桜橋渡辺リハビリテーション病院 06-6341-8651)

初診までに上記にできる限り入力してご持参下さい。

持参していただく書類：問診票 成長曲線用紙 母子手帳 お薬手帳