

ID:			身長外来問診票		
フリガナ			生年月日 平・令 年 月 日 (歳)		
お名前		男・女			
〒 現住所 都道 府県					
携帯番号		ご自宅		メールアドレス	

低身長外来を受診される方への問診票です。重要な資料ですので正しくご記入をお願いします

①ご両親についてお伺いします

	生年月日	身長	体重	持病	
母親	年 月 日				初潮 歳頃
父親	年 月 日				一番背が伸びた時期 歳頃

②ご兄弟についてお伺いします

続柄	生年月日	身長	体重	持病
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

④ご本人についてお伺いします

お子様の身長が気になり始めた時期はいつですか ()歳 ()ヶ月頃

【出生時の状況】 在胎週数 ()週 ()日 【又は予定日より()日(早かった・遅かった)】 出生体重 ()g 出生身長 ()cm 分娩時姿位 <input type="checkbox"/> 頭位分娩(正常) <input type="checkbox"/> 骨盤位分娩(逆子) 分娩方法 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 新生児黄疸 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 黄疸に対する治療を(受けた・受けていない)
【現在のご病気・服用中のお薬】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 他院で治療中のご病気() <input type="checkbox"/> 他院で服薬中のお薬 ()
【既往歴について】 入院を必要としたご病気はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
【アレルギーについて】 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()

※診療時にお聞きになりたい事がありましたらご記入ください	

治療及び検査歴等	
身長に関してご通院されたことのあるクリニック名を教えてください	
<input type="checkbox"/> 現在通院中	<input type="checkbox"/> 過去に通院していた クリニック名()
<input type="checkbox"/> 検査のみ	<input type="checkbox"/> 治療している(治療内容:)

☐ 現在通院中 ☐ 過去に通院していた クリニック名()
☐ 検査のみ ☐ 治療している(治療内容:)

【当院を知ったきっかけを教えてください】	
<input type="checkbox"/> パソコン・携帯での検索（Yahoo!／Google／YouTube／Instagram／その他（	）
<input type="checkbox"/> 雑誌（雑誌名	） <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 友人紹介（ご紹介者様名：
<input type="checkbox"/> その他（	）

☐パソコン・携帯での検索（Yahoo!／Google／YouTube／Instagram／その他（ ））
☐雑誌（雑誌名（ ）） ☐ロコミ ☐友人紹介（ご紹介者様名：（ ））
☐その他（ ）

マイナ保険証による診療情報取得に同意いたします ☐はい ☐いいえ

とびた整形外科内科クリニック