

ID:

## 身長外来問診票

フリガナ				
お名前	男・女	生年月日 平・令 年 月 日 ( 歳 )		
〒 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 頭位分娩(正常) 骨盤位分娩(逆子)

分娩方法 自然分娩 鉗子分娩 吸引分娩 帝王切開

新生児黄疸 なし 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】

なし

他院で治療中のご病気( )

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 いいえ 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 いいえ 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

- 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】**

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

#マイナ保険証をお持ちの方

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

\*当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、

質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)です。

とびた整形外科内科クリニック