

ID:		身長外来問診票(自由診療)			
フリガナ		生年月日 平・令 年 月 日(満 歳)			
お名前					
〒 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今回の受診目的を教えてください

<input type="checkbox"/> 積極的に治療したい	<input type="checkbox"/> どれくらい身長が伸びるか知りたい	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
<input type="checkbox"/> その他()		

③ご本人についてお伺いします

【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
【現在のご病気・服用中のお薬】
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 治療中のご病気()
<input type="checkbox"/> 現在の内服薬 ()
【通院歴】
これまで身長に関して通ったことのあるクリニックがありましたら教えてください
<input type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 過去に通院 クリニック名()
治療内容 <input type="checkbox"/> 成長ホルモン注射 薬品名()(1日投与量 mg)
<input type="checkbox"/> リュープリン(1. 88mg ・ 3. 75mg)
<input type="checkbox"/> プリモボラン(錠／日) <input type="checkbox"/> 亜鉛 (錠／日)
<input type="checkbox"/> その他()

④診療時にお聞きになりたいことがありましたら、ご記入ください

--

*アンケートにご協力ください

【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(詳しく教えてください)

とびた整形外科内科クリニック