

ID:

身長外来問診票(自由診療)

フリガナ	お名前	生年月日 平・令 年 月 日(満 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今回の受診目的を教えてください

積極的に治療したい どれくらい身長が伸びるか知りたい セカンドオピニオン
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】

なし

治療中のご病気()

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

現在通院中 過去に通院 クリニック名()
 治療内容 成長ホルモン注射 薬品名()(1日投与量 mg)
リュープリン(1.88mg · 3.75mg)
プリモボラン(錠/日) 亜鉛(錠/日)
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】

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(紹介者様名:)
その他(詳しく教えてください)