

内分泌外来問診票

ふりがな ()

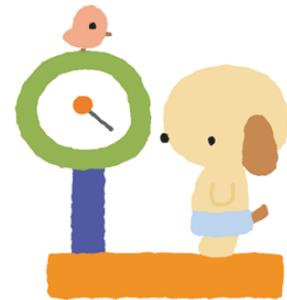
◆お子様のお名前 () 年齢 (歳) 性別 (男 ・ 女)

1) すでにどちらかの医療機関で検査を受けていますか	はい 医療機関 ()	いいえ
2) 生まれた時のことを教えてください		
・ 在胎週数 (週 日)		
・ 生まれた時の身長 (. cm) ・ 生まれた時の体重 (g)		
・ 分娩方法 (当てはまるものを○で囲んでください)		
経膈分娩 (正常分娩・吸引分娩・その他) ・ 帝王切開		
・ 出生時に点滴の治療を受けましたか	はい	いいえ
・ 出生時に人工呼吸器や保育器を使用しましたか	はい	いいえ
・ 黄疸が強くて光線をあてる治療を受けましたか	はい	いいえ
3) 今までに長期間に及ぶ治療を受けたことはありますか	はい 病名 () 治療内容 ()	いいえ
4) 現在も継続している治療はありますか	はい 治療内容 ()	いいえ
5) アレルギーはありますか	ある (食べ物・薬・その他) ()	なし

◆お子様のご家族についてご記入ください

- ・ 父親の身長 (cm) 体重 (kg) ・ 母親の身長 (cm) 体重 (kg)
- ・ 兄弟姉妹

続柄	年齢	性別	身長	体重
			cm	kg



◆お子様の身長・体重の記録をご記入ください。

年 月	定期健診	身長	体重
	生後1カ月健診	cm	g
	4カ月健診	cm	g
	10カ月健診	cm	g
	1歳6カ月健診	cm	kg
	3歳時健診	cm	kg
	4歳	cm	kg
	5歳	cm	kg
	6歳 (小学1年生)	cm	kg
	7歳 (小学2年生)	cm	kg
	8歳 (小学3年生)	cm	kg
	9歳 (小学4年生)	cm	kg