

たにざわこどもクリニック

成長(低身長/早発症)相談で受診された方へ

カルテNo. _____

フリガナ
氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日 才

【今回受診されたきっかけは】

- ・他院からの紹介
- ・学校からの指摘
- ・親御さんが気になって
- ・その他()

【出生時の状況】

- ・在胎週数→ 週 日
- ・出生時→(体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm)
- ・分娩は(正常・異常→骨盤位分娩[逆子分娩]・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開)
- ・新生児仮死(有・無)
- ・出生届を提出した市区町村 → (都・道・府・県 市・区・町・村)
- ・出産時のお母さんの年齢(才)

【既往・発育歴】

- ・既往歴がありますか(心臓・腎臓・肝臓・甲状腺・その他)
- ・入院を必要とした病気とその時の年齢()
- ・アレルギー性疾患(アトピー性皮膚炎・気管支喘息・鼻炎・結膜炎)
- ・その他:
- ・女の子さんは、ご本人の初潮(有 → 才・無)

【家族歴】 兄弟姉妹(あり・なし)

続柄	年齢	身長
父		cm
母		cm

初潮(才 ヶ月)

↓ 以下兄弟姉妹をご記入ください ↓

	才 ヶ月	cm	kg
	才 ヶ月	cm	kg
	才 ヶ月	cm	kg
	才 ヶ月	cm	kg

親族Iの方で、男性:150cm代、女性:140代の方がいらっしゃれば○をつけて下さい

父方: 祖父 祖母 伯父 伯母 叔父 叔母

母方: 祖父 祖母 伯父 伯母 叔父 叔母