

低身長についての間診票

お子様の名前 ()

1. 出生時の状況について伺います。

初めてのお子さんですか？ はい いいえ

在胎週数 週 日、出生体重 g、出生時身長 cm、頭囲 cm

妊娠中、妊娠高血圧、妊娠糖尿病、感染症などありましたか？ あり なし

出生時、出生後にかわったことはありませんでしたか？ あり なし

〃あり〃の場合、その内容は？

[]

2. これまでにかかった病気について伺います。

病気の診断を受けたことがありますか？または健康診断で異常の指摘をされたことがありますか？ あり なし

〃あり〃の場合、それはいつですか？また、病名は？

[]

喘息や腎臓病などで、ステロイドを服用していたことはありますか？

服用中 以前服用 服用していない わからない

その他、長期間飲んでいる薬がありますか？ あり なし

〃あり〃の場合、具体的に記入してください。

[]

アトピー性皮膚炎と言われたことがありますか？ あり なし

〃あり〃の場合、ステロイドの軟膏を塗っていましたか？ はい いいえ

ステロイドを塗り始めたのはいつ頃からですか？ () 歳ころから

3. いつから身長が低いですか？ () 歳ころから

4. ご家族の状況について伺います。

お父さんの身長 cm、身長のスパート時期 () 歳ころから

お母さんの身長 cm、身長のスパート時期 () 歳ころから

ご家族のうち病気のあるかたはおられますか？ あり なし

どなたですか？どんな病気ですか？ ()

5. 生活習慣について伺います。

食欲はありますか？ はい いいえ

偏食はありますか？ はい いいえ

夜、何時間寝ていますか？ () 時間