

低身長初診シート

年 月 日

おなまえ

生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)

性別 男の子 ・ 女の子

質問 1) 低身長はいつから気になりましたか? ()

質問 2) 生まれたときのこと、今までのことを教えてください。

生まれた週数 () 週 () 日

出生体重 () g 出生身長 () cm

何人目のお子さんですか? () 人目

分娩様式 (当てはまるものに○をつけて下さい)

経膣分娩 (頭から ・ 逆子) 帝王切開 (予定 ・ 緊急)

新生児仮死はありましたか? (はい ・ いいえ)

新生児期に低血糖で点滴をしましたか? (はい ・ いいえ)

新生児黄疸で治療をしましたか? (はい ・ いいえ)

新生児期に手の甲、足の甲のむくみはありましたか? (はい ・ いいえ)

その他、生まれたときの異常はありましたか? (はい ・ いいえ)

発達の遅れを健診などで指摘されたことはありますか? (はい ・ いいえ)

中耳炎の反復はありますか? (はい ・ いいえ)

脳外科手術、放射線治療、頭部外傷の既往はありますか (はい ・ いいえ)

上記以外で、今までかかった病気を教えてください(けがや交通事故も含めて)

()

質問 3) 内服している薬、健康食品はありますか? (ある ・ ない)

→あれば記載をお願いします。()

質問 4) ご家族について教えてください。

流産の既往はありますか？ (ある ・ ない)

御両親は血族結婚ですか (はい ・ いいえ)

一緒に住んでいる人を教えてください (記載例：父(40 歳)、母(35 歳)、姉(6 歳))

()

御両親の身長・体重を教えてください

父の身長 () cm

母の身長 () cm

父の体重 () kg

母の体重 () kg

母の初経年齢 () 歳

思春期が来るのが周りと比較して遅かった、もしくは身長が伸びるのが周りと比較して遅かったご家族はいますか？ (いる ・ いない)

ご家族で以下の疾患をお持ちの方はいますか？

低身長 ()

甲状腺機能異常 ()

その他あれば教えてください ()

質問 5) お子さんの現在の症状について教えてください。

多飲・多尿はありますか？ (ある ・ ない)

頭痛・嘔吐・見え方の異常はありますか？ (ある ・ ない)

便秘ぎみですか？ (はい ・ いいえ)

寒がりですか？ (はい ・ いいえ)