

肥満症初診シート

年 月 日

おなまえ _____

生年月日 _____ 年 月 日(歳 ヶ月)

質問 1) 肥満が気になり始めたのはいつ頃ですか。

()

質問 2) 生まれたときの事を教えてください。

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(当てはまるものに丸をつけて下さい)

経膈分娩(頭から出た 、 逆子だった) 帝王切開(予定 、 緊急)

分娩時の異常はありましたか?(例: 仮死状態、低血糖、呼吸障害、先天奇形など)

()

質問 3) 新生児期に口から十分飲めずに、鼻(もしくは口)から胃まで管を入れて授乳したことはありませんか? はい ・ いいえ

質問 4) 今までかかった病気を教えてください。

()

質問 5) 発達(首がすわったり、歩いたり、おしゃべりするなど)が、周囲と比べて遅れていませんか。 はい ・ いいえ

質問 6) 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))

()

質問 7) ご家族について、以下の疾患にかかっている人はいませんか。

肥満 ()

糖尿病 ()

高血圧 ()

脂質異常症 ()

その他あれば教えてください ()

質問 8) ご両親の身長・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

裏もありますので、よろしくお願ひします。
熊谷生協病院小児科

