低身長のことで受診の方は、以下に記入をお願いします

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：　　年　　月　　日　　年齢：　　歳　　か月

受診の理由：□本人・家族が気になった　□乳幼児健診・学校健診で指摘された
　　□医療機関で指摘された　　□その他（　　）

分娩歴：在胎＿＿週＿＿日で出生　　分娩様式：経膣・帝王切開
　　出生体重：＿＿＿＿＿g、身長：＿＿＿＿cm、頭囲：＿＿＿＿cm、胸囲：＿＿＿＿cm
　　出生した場所（病院、クリニック、助産院）：
　　出生時の両親の年齢　　父：＿＿＿＿歳、母：＿＿＿＿歳
　　第＿＿＿子

新生児期：黄疸　　治療していない・治療した（内容：　　）
　　哺乳低下：あり・なし
　　無呼吸発作：あり・なし
　　その他（　　）

既往歴：定期的に通院している疾患や入院歴なし・あり（　　）
　　腫瘍・悪性疾患の既往：なし・あり
　　放射線治療の既往：なし・あり
　　その他（　　）

内服歴：継続的に使用している薬剤やサプリメントなし・あり
　　（　　）
　　その他（　　）

家族歴：父の身長：＿＿＿＿＿cm、中学生・高校生で身長がぐっと伸びた
　　母の身長：＿＿＿＿＿cm、初潮＿＿＿＿歳
　　兄弟姉妹の年齢と身長：
　　血族結婚：なし・あり
　　その他（　　）

生活歴：通園や通学、通所：なし・あり（　　）
　　習い事：
　　習慣的な運動：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を＿＿＿＿回/週、＿＿＿＿＿＿時間/回
　　食事（偏食の有無や食事・間食の内容）：