

低身長問診表

お名前： _____ 性別： 男・女

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 才 _____ ヶ月

A) 生まれたときのことをお聞きします（母子手帳を参考にしてください）

在胎週数： _____ 週 _____ 日 出生時体重： _____ g 出生時身長： _____ cm

分娩方式： 自然分娩 ・ 帝王切開
頭位 ・ 骨盤位（逆子）

仮死はありました： なかった・あった

黄疸はでましたか： いいえ・はい（光線療法を受けた）

B) 今まで長期に通院したり、薬を飲んだことはありますか？（ステロイドなど）

C) ご両親の身長を教えてください。

お父様： _____ cm お母様： _____ cm

D) わかる限りお子様の身長、体重の記録をご記入ください。

測定日	年齢	身長	体重
年 月 日	0才 4ヶ月	cm	kg
年 月 日	1才 6ヶ月	cm	kg
年 月 日	2才 ヶ月	cm	kg
年 月 日	3才 ヶ月	cm	kg
年 月 日	4才 ヶ月	cm	kg
年 月 日	5才 ヶ月	cm	kg
年 月 日	6才 ヶ月	cm	kg
年 月 日	7才 ヶ月	cm	kg
年 月 日	8才 ヶ月	cm	kg

