

成長・思春期の発達の相談で受診された方へ

患者氏名 _____ 記入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

・ご相談内容（思春期早発・思春期遅発・低身長・その他 _____）

【出生時の状況】

在胎週数 ____ 週 ____ 日 予定日より ____ 日（早かった・遅かった）

出生体重 _____ g、出生身長 _____ cm

分娩方法（ 正常・逆子 ）（ 自然分娩・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開 ）

新生児仮死（ 有・無 ）

黄疸（ 普通・強い ） 黄疸に対する治療を（ 受けた・受けていない ）

その他：（ _____ ）

【発達歴】

首のすわり ____ ヶ月 お座り ____ ヶ月 つたい歩き ____ ヶ月 ひとり歩き ____ ヶ月

学校の成績 学科（上、中の上、中、中の下、下） 体育（上、中の上、中、中の下、下）

【既往歴】

入院を必要とした病気とその時の年齢（ _____ ）

アレルギー性疾患（ アトピー性皮膚炎・気管支喘息・鼻炎・結膜炎 ）

【家族歴】

続柄	年齢	体重	身長	(有・無)
父	____ 歳	____ kg	____ cm	同級生に比べ遅れて伸びた（有/無）
母	____ 歳	____ kg	____ cm	〃（有/無）、初潮（ ____ 歳 ____ 月）
（兄・姉）	____ 歳 ____ 月	____ kg	____ cm	背は（高い方・普通・低い方）
（兄・姉）	____ 歳 ____ 月	____ kg	____ cm	背は（高い方・普通・低い方）
本人	____ 歳 ____ 月	____ kg	____ cm	背は（高い方・普通・低い方）
（弟・妹）	____ 歳 ____ 月	____ kg	____ cm	背は（高い方・普通・低い方）
（弟・妹）	____ 歳 ____ 月	____ kg	____ cm	背は（高い方・普通・低い方）

医師に伝えたいこと： _____