

診 療 申 込 書

フリガナ		年齢	性別	男性	・	女性		
名前		歳	生年月日	大正	昭和	年	月	日
		ヶ月		平成				
住所	〒							
自宅電話			携帯電話					
* 来院のきっかけを教えてください。（複数回答可）								
クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他（        ）								
ミューザ川崎こどもクリニック								

# 小児科専門外来問診票（成長）

記入日 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 歳 ヶ月

身長 \_\_\_\_\_ cm ; 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. お子さんは今まで何か病気や入院されたことはありますか。：いいえ・はい。  
(例：1歳 肺炎 )
2. 出生について聞かせてください。  
在胎 ( ) 週 出生体重 ( ) g 体長 ( ) cm
3. 薬のアレルギーはありますか。：いいえ・はい (その内容 )
4. 食物アレルギーはありますか。：いいえ・はい (その内容 )
5. 今飲んでいる薬はありますか。  
いいえ・はい (その内容 )  
はいと答えた方：定期的に飲んでいる薬ですか、今回のみの薬ですか。(定期的・今回のみ)

## 今日はどのようなことで受診されましたか。✓をつけてください。

- 身長が心配 →①へ
- 体重が心配 →②へ
- その他 ( ) →③へ

### ①身長のことについて聞かせてください。

1. いつ頃から、気づきましたか。( )
2. 教えてください。  
お父さんの身長 ( ) お母さんの身長 ( )

### ②体重のことについて聞かせてください。

1. いつ頃から、気づきましたか。( )
2. スポーツ：週 ( ) 回、 1回 ( ) 時間
3. 通学時の徒歩の時間 ( )
4. 1日 ( ) 食 夕飯の時間 ( ) 時ころ
5. 給食のおかわり あり/なし
6. 間食の習慣 あり/なし 内容：

### ③その他について聞かせてください。

1. いつ頃から、気づきましたか。( )
2. 他の症状はありますか。( )

---

上記以外のことで心配なこと、医師に相談したいことがあれば自由にお書きください。