

診 療 申 込 書

フリガナ		年齢	性別	男性	・	女性
名前		歳 ヶ月	生年月日	大正 昭和 平成	年	月 日
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()

ミュージア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

ふりがな
お名前

_____ 男・女 年齢 歳 ヶ月

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 ()
3. お母さんの初潮 () 歳頃

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
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。()