

精密検査（成長曲線・肥満曲線）問診票

学校名 _____ 年 組 西暦 _____ 年 月 日生

性別 _____ 男 ・ 女 _____ 記載時の年齢 _____ 歳

氏名： _____ フリガナ _____

※保護者の皆様へ 以下を可能な範囲でご記入のうえ、受診をお願いします

●出生時の状況と1歳までの栄養について

- ・出生時の週数・身長・体重を教えてください
(週数 _____ 週 _____ 日 ・ 身長 _____ cm ・ 体重 _____ g)
- ・妊娠中の異常がありましたか (はい【 _____ 】 ・ いいえ)
- ・分娩時の状況を教えてください () 頭位分娩 (正常分娩)
() 分娩異常 (骨盤位、鉗子・吸引分娩・帝王切開)
- ・新生児仮死がありましたか (はい ・ いいえ)
- ・黄疸に対する治療を受けましたか (受けた ・ 受けなかった)
- ・1歳までの栄養を教えてください (母乳のみ・混合・ミルクのみ)
- ・離乳食開始時期を教えてください (_____ か月から)

●発達・生活の状況について

○既往歴について

- ・運動発達の遅れを指摘されたことがありますか (はい ・ いいえ)
- ・言葉の発達の遅れを指摘されたことがありますか (はい ・ いいえ)
- ・骨折をしたことがありますか (はい ・ いいえ)
- ・頭を強く打って病院を受診したことがありますか (はい ・ いいえ)
- ・(女子のみ) 月経はありますか (はい【 _____ 歳から】 ・ いいえ)
- ・(男子のみ) 声変わりがありますか (はい【 _____ 歳から】 ・ いいえ)

○排便について

- ・便の回数について (毎日 _____ 日に1回)
- ・下痢が続くことがありますか (はい ・ いいえ)

○食事について

- ・朝食は毎日食べていますか (はい ・ いいえ)
- ・間食はしますか (毎日 _____ 時々 _____ しない)
- ・間食でよく食べるものはなんですか (_____)
- ・夕食は何時頃ですか (_____ 時頃)
- ・ご飯の量を決めていますか (はい ・ いいえ)
- ・盛り皿ではなく個々に分けていますか (はい ・ いいえ)
- ・偏食はありますか (はい ・ いいえ)
- ・好きな食べ物はなんですか (_____)
- ・嫌いな食べ物はなんですか (_____)

裏面に続く

○運動について

- ・日頃運動をしていますか（ はい ・ いいえ ） ※学校での体育を除く
- ・どんな運動ですか（ ）
- ・頻度はどのくらいですか（ 週 回：1回当たり 時間程度）

○睡眠について

- ・よく眠れていますか（ はい ・ いいえ ）
- ・就寝時間、起床時間について教えてください（ 就寝時間： 時 ～ 起床時間： 時 ）
- ・いびきや無呼吸がありますか（ はい ・ いいえ ）

●家族歴について

続柄	年齢	身長	体重	
父	歳	cm	kg	一番身長が伸びた時期（小・中・高） 年生頃 声変わりの時期（小・中・高）
母	歳	cm	kg	一番身長が伸びた時期（小・中・高） 年生頃 初経年齢 歳
兄/姉/弟/妹	歳	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい
兄/姉/弟/妹	歳	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい
兄/姉/弟/妹	歳	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい
父方祖父	-	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい
父方祖母	-	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい
母方祖父	-	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい
母方祖母	-	cm	kg	身長は（ 高い方 ・ 普通 ・ 低い方 ） ※正確な数値が不明の場合ご記入下さい

●家族の疾患について

- ・虚血性心疾患（心筋梗塞や狭心症）：（ なし ・ あり 続柄【 】 ）
- ・高脂血症：（ なし ・ あり 続柄【 】 ）
- ・脳卒中：（ なし ・ あり 続柄【 】 ）
- ・糖尿病：（ なし ・ あり 続柄【 】 ）
- ・高血圧：（ なし ・ あり 続柄【 】 ）

※記載の個人情報取扱いについて

受診される方の個人情報は、結果報告、事後管理指導・確認等に必要範囲で利用します。成長曲線・肥満曲線の精度向上のために、個人情報を除いた数値の統計処理を行います。全ての過程で個人情報は慎重に取り扱います。