

お名前： (ID：)

下記の質問文で当てはまる項目に「○」、またはご記入をお願いいたします

1) 妊娠中、および出生について

①妊娠中について

| | | |
|--------------------------|----|-----|
| ・ 予定外の入院（切迫早産など）はありましたか？ | はい | いいえ |
| ・ ヨード系造影剤を使用する検査はありましたか？ | はい | いいえ |

②出生について

| | | | | | | | | |
|----------|------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|
| ・ 生まれた週数 | 週 | 日 | | | | | | |
| ・ 4計測 | 体重 | g | 身長 | cm | 胸囲 | cm | 頭囲 | cm |
| ・ 分娩の経過 | 頭位 ・ 骨盤位 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ () | | | | | | | |

③出生後のご様子について

| | | |
|----------------------|----|-----|
| ・ 保育器に入った | はい | いいえ |
| ・ 酸素治療を受けた | はい | いいえ |
| ・ 黄疸が強く光線療法を受けた | はい | いいえ |
| ・ 先天性代謝異常の検査で再検査を受けた | はい | いいえ |
| ・ ミルク・おっぱいの飲みが悪かった | はい | いいえ |
| ・ 離乳食のすすみが悪かった | はい | いいえ |

2) いままで、および現在について

| | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| ・ 入院、長期の通院が必要な病気はありましたか？ (病名：) | はい | いいえ |
| ・ ステロイド内服や吸入治療を受けていますか？ | はい | いいえ |
| ・ 常に飲んでいるお薬・サプリメントはありますか？ (お薬名：) | はい | いいえ |
| ・ 食べ物の極端な好き嫌いがありますか？ | はい | いいえ |
| ・ 便秘や下痢が長い期間、続いていますか？ | はい | いいえ |

3) ご両親、ご兄弟姉妹、祖父母の身長等を教えてください

| | | | | | |
|------|-------------|------|----|------------|------|
| 父 | cm | 父方祖父 | cm | 父方祖母 | cm |
| 母 | cm | 母方祖父 | cm | 母方祖母 | cm |
| 兄弟姉妹 | 歳 (男 ・ 女) | | cm | | |
| | 歳 (男 ・ 女) | | cm | | |
| | 歳 (男 ・ 女) | | cm | | |
| | 歳 (男 ・ 女) | | cm | | |
| | | | | ※お母さまの初潮年齢 | 歳 ごろ |

| | | |
|---------------------------------------|----|-----|
| ・ 成人ご親戚で身長145cm以下の女性、155cm以下の男性はいますか？ | はい | いいえ |
| ・ ご親戚・ご家族で血族結婚の方はいますか？ | はい | いいえ |
| ・ 発達に遅れのある方、知能に障害のある方はいますか？ | はい | いいえ |

