

# ファックス低身長相談

FAX 番号 077-561-0608

FAX 相談は低身長、低出産体重児に関する相談に限定させていただきます。

\*必須項目

子供さんのお名前： \_\_\_\_\_ \*

生年月日：平成・令和 年 月 日 年齢 ( 歳 ) 性別 ( ) \*

ご住所：〒 \_\_\_\_\_ \*

電話番号： \_\_\_\_\_ \*

FAX 番号： \_\_\_\_\_ \*

学校・幼稚園名： \_\_\_\_\_

出生時体重： \_\_\_\_\_ \*

ご両親の身長

父親 \_\_\_\_\_ Cm 母親 \_\_\_\_\_ Cm

お子さんの身長・体重の経過

2年前の身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg) 測定日 ( \_\_\_\_\_ 年 月 日) \*

1年前の身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg) 測定日 ( \_\_\_\_\_ 年 月 日) \*

現在の身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg) 測定日 ( \_\_\_\_\_ 年 月 日) \*

質問内容\*



※全ての質問内容にお答えできない場合もあります。  
ご了承下さい。

たにむらこどもクリニック