**生 长 发 育 记 录 表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | | | 出生日期 | | | 年 月 日 | | | | |
| 年龄 | |  | | | 身高 | | cm | | | | 体重(kg) | | |  | | | | |
| 住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上年身高（cm） | | 上年长高（cm） | | | 上年体重（kg） | | | 上年增重(kg) | | | | 锻炼时间 | | | | | 运动方式 | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 早起时间 | | 睡觉时间 | | | 早餐时间 | | | 午餐时间 | | | | **晚餐时间** | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | 姓 名 | | | 身 高(cm) | | | | | 体重(kg) | | 联系电话 | | | | | | |
| 父 亲 | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
| 母 亲 | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
| **骨龄检测：**  **1、骨骺线图片；**  **2、骨龄。** | | | | | | | | | **生长激素检测：** | | | | | | | | | |
| **生长发育记录** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日 期 | | | 服用天数 | 长高（cm） | | 体重(kg) | | | | 日 期 | | | 服用天数 | | 长高（cm） | | | 体重(kg) |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | |  | | |  |
| 年 月 日 | | |  |  | |  | | | | 年 月 日 | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **诊断** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家建议**：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **后期反馈：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |