

## 肥満外来 問診票

(フリガナ)		男 ・ 女	自宅電話	
お名前			携帯電話	
			e-mail	
生年月日	年 月 日 ( 歳)			
ご住所	(〒 — )			

◆ 体重歴について教えてください。

身長:        cm    体重:        Kg  
 過去最大体重 \_\_\_\_Kg(\_\_\_\_歳頃)        20歳頃の体重 \_\_\_\_Kg

◆ 現在の食生活について、教えてください。

食事回数: \_\_\_\_回    食事量:  少ない  普通  多い    味付け:  薄い  普通  濃い  
 朝食: \_\_\_\_\_  
 昼食: \_\_\_\_\_  
 夕食: \_\_\_\_\_  
 間食:     なし     あり \_\_\_\_\_  
 よく飲む飲み物:     水         お茶         ジュース         お酒         その他(                    )

◆ 現在の運動習慣について、教えてください。

なし     あり    運動内容 \_\_\_\_\_    週 \_\_\_\_\_回、1回 \_\_\_\_\_分程度  
 ※仕事をしている方のみ  
 労働の種類(例:事務職、デスクワーク) \_\_\_\_\_  
 通勤手段:  歩行  自転車  車  公共交通機関  その他 \_\_\_\_\_

◆ 生活習慣について教えてください。

喫煙:     なし     あり     禁煙(過去喫煙) \_\_\_\_\_本 / 日 × \_\_\_\_年    BI=  
 飲酒:     なし     あり    ビール \_\_\_\_杯、日本酒 \_\_\_\_杯、焼酎 \_\_\_\_杯 / 日  
 家庭環境:     独居         同居者あり \_\_\_\_\_ (母、妻、長男、友人など)

裏面もご記入をお願いします

◆ 現在、治療中の病気はありますか？ ( ある ・ ない )

病名 \_\_\_\_\_ 医療機関 \_\_\_\_\_

◆ 今までに入院・手術などの大きな病気にかかったことはありますか？ ( ある ・ ない )

病名 \_\_\_\_\_

◆ 現在、服用中の飲み薬はありますか？ ( ある ・ ない )

ある方は、ご記入ください。 \_\_\_\_\_

◆ 女性の方にお伺いします。妊娠・出産歴はありますか？ ( ある ・ ない )

ある方にお伺いします。妊娠時の合併症はありましたか？ ( ある ・ ない )

◆ ご家族・ご親戚で生活習慣病の方はいらっしゃいますか？ ( いる ・ いない )

ある方は、ご記入ください。 \_\_\_\_\_ (祖父、母、次男など)

◆ いびきを指摘されることはありますか？ ( ある ・ ない )

◆ 睡眠中に息が止まっていると指摘されることはありますか？ ( ある ・ ない )

◆ 朝の頭痛はありますか？ ( ある ・ ない )

◆ 日中のひどい眠気はありますか？ ( ある ・ ない )

◆ 他院の肥満外来を受診されたことはありますか？ ( ある ・ ない )

◆ 当院のことは、どのように知られましたか？

インターネット    看板    通りがかり    知人の紹介    他院の紹介

その他: \_\_\_\_\_