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	（〒　　―　　）			

◆ 現在、治療中の病気はありますか？　　（ ある ・ ない ）

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診の経緯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ 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 ）

◆ 今までにかかったことのある病気はありますか？　（ ある ・ ない ）

☐ 高血圧症　☐ 脂質異常症　☐ 心血管疾患　☐ 脳血管疾患

☐ その他　（　　）

過去最大体重 ＿＿＿Kg(＿＿歳頃)　　20 歳頃の体重 ＿＿＿Kg

◆ 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すか？（ 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）

◆ 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。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆ 生活習慣について教えてください。

食欲：　○ 低下　○ 普通　○ 良好　　睡眠：　○ 不良　○ 普通　○ 良好　　**排便：**　回/週(7 日)

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）

◆ ご来院時の際の状況について教えてください。

身長:　　cm　体重:　　Kg

体温:　　度　血圧:　　/　　mmHg　脈拍数:　　回/分　SpO2:　　%

◆ 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(　　)

◆ 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_____