

肥満症治療・問診票（初診）

【基本情報】

お名前(ふりがな):

生年月日: 年 月 日(満 歳)

性別: ☐ 男 ☐ 女 ☐ その他

身長: cm 体重: kg

BMI(医療機関記入):

【来院のきっかけ】

☐ 健診で肥満を指摘された

☐ 自分で体重が気になった

☐ 家族・知人にすすめられた

☐ 医師にすすめられた(紹介)

☐ その他()

【現在の生活習慣】

1. 食事

朝食: ☐ 毎日食べる ☐ 食べない ☐ 時々食べる

間食: ☐ する(頻度: 回/日) ☐ しない

食事の時間帯:☐ ほぼ決まっている ☐ 不規則

外食・コンビニ食の頻度: ☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない

食べるのが早い: ☐ はい ☐ いいえ

夜食をとることがある: ☐ はい ☐ いいえ

2. 運動

運動習慣: ☐ ある(内容:) ☐ ない

1日平均の歩数(目安): 歩くらい



肥満症治療・問診票（初診）

3. 睡眠

平均睡眠時間: 時間

- ☐ よく眠れる ☐ 寝つきが悪い ☐ 途中で目が覚める

【既往歴・服薬歴】

現在治療中の病気:

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 睡眠時無呼吸 ☐ 高尿酸血症
☐ 脂肪肝 ☐ 心臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 精神疾患
☐ その他()

現在服用中の薬:

- ☐ あり (薬剤: _____)
- ☐ なし

【生活上の悩み・希望】

現在困っている症状:

- ☐ 疲れやすい ☐ 関節が痛い ☐ いびき ☐ 息切れ ☐ 肌荒れ ☐ 生理不順
- ☐ その他()

目標:

- ☐ 体重を○kg 減らしたい(kg)
- ☐ 健康診断の数値を改善したい
- ☐ 服薬を減らしたい
- ☐ その他()

【当院からのご案内（医師記入欄）】