肥満症外来 問診票

【1】基本情報

氏名（ふりがな）：
性別：☐ 男　☐ 女
生年月日：西暦＿＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（年齢：＿＿＿歳）
身長：＿＿＿ cm　体重：＿＿＿ kg
連絡先電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【2】来院目的・主訴

現在の体重や体型について気になること、ご相談内容をお書きください：

＿＿

＿＿

＿＿

【3】体重の変化

これまでの最大体重：＿＿＿ kg（何歳頃？：＿＿＿歳）
直近１年間での体重変化：☐ 増加　☐ 減少　☐ 変化なし（増減があった場合、何 kg？：＿＿＿kg）

【4】現在の健康状態

現在治療中の病気がありますか？（複数選択可）
☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質異常症　☐ 睡眠時無呼吸症候群　☐ その他（＿＿＿＿＿＿＿）

現在服用中の薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【5】既往歴（過去にかかった病気）

☐ 特になし
☐ あり（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【6】ご家族の病歴（血縁者に以下の病気を持つ方がいますか）

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質異常症　☐ 心筋梗塞・脳梗塞　☐ 肥満傾向　☐ その他（＿＿＿＿＿＿）

【7】生活習慣

● 食生活
１日３食：☐ はい　☐ いいえ
朝食を食べる頻度：☐ 毎日　☐ 時々　☐ ほとんど食べない
間食・夜食：☐ よく食べる　☐ 時々　☐ 食べない
アルコール：☐ 飲まない　☐ 時々　☐ 毎日（種類・量：＿＿＿＿＿）
甘い物や炭水化物の摂取が多いと感じますか？：☐ はい　☐ いいえ

● 運動習慣

現在運動している：☐ はい　☐ いいえ（運動内容・頻度：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

歩行や通勤などの活動量は：☐ 多い　☐ 普通　☐ 少ない

【9】これまでに行ったダイエット方法

（複数可）

☐ 食事制限　☐ 運動　☐ 薬・サプリメント　☐ 医療機関での治療　☐ その他（＿＿＿＿＿＿）

効果はありましたか？：☐ はい　☐ いいえ（理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【10】その他・ご質問やご希望があればお書きください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿