

肥満患者さんの初診問診票

年 月 日

名前：

1 どうして当クリニックを受診しようと思いましたか？

[]

2 いつ頃から太ったと思いましたか？また、どうして太ったと思いますか？

[]

3 出生時体重： g、 在胎週数： 週

4 乳児期の栄養 母乳・混合・人工

5 食事の様子

朝食： 毎日食べる 時々食べないことがある 食べない

朝食を一緒に食べる人：

給食はおかわりするか： する しない

夕食の時刻： 夕食にかかる時間： 夕食を一緒に食べる人：

食事時のテレビ： つけている 消している

制限している食品： なし ある(内容 医師の指示 有 無)

6 間食

お菓子 毎日食べない 一日1回 一日2回 一日3回以上

よく食べる間食は()

ジュース・スポーツドリンク・乳酸飲料： 飲まないまたはたまに飲む 一日1回 一日2回以上

7 生活習慣

起きる時間： 寝る時間：

睡眠時無呼吸： あり なし

排便 毎日()回 または ()日に一回

学校まで 歩いて 交通機関()

テレビ・ビデオを見る時間 一日()時間

テレビゲームをする時間 しないまたは週に3-4回 毎日()時間

運動 ほとんどしない 週に()回 よくする運動()

8 同居家族構成、体格と病気

続柄	年齢(歳)	身長(cm)	体重(kg)	何か病気がありますか？(○を、不明なら？を)
父親				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症
母親				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症
父方祖父				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症
父方祖母				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症
母方祖父				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症
母方祖母				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症