

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
ご飯は() 膳食べる

(○か×を) 肉好き 野菜嫌い 甘いもの好き 早食い

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	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、肥満、心臓病、脳卒中
母親				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、肥満、心臓病、脳卒中
父方祖父				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、肥満、心臓病、脳卒中
父方祖母				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、肥満、心臓病、脳卒中
母方祖父				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、肥満、心臓病、脳卒中
母方祖母				糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、肥満、心臓病、脳卒中

