

【肥満症外来 問診票】

ID 番号			
(フリガナ)		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	年 月 日 (歳)		
身長	cm	体重	kg
		腹囲	cm
		目標体重	kg

※ 当院にて測定いたします。目標体重のみご記入ください。

◆ 体重の経過について教えてください。

・ 体重増加はいつ頃からですか？

小児期 思春期 20代 30代 40代

・ 最大体重： _____ kg (_____ 歳頃)

・ これまでのメディカルダイエットの経験

なし

あり (薬物治療 _____ 脂肪吸引、脂肪溶解注射 外科治療)

◆ 併存疾患、既往歴について

・ 以下の疾患と診断されたことや該当する心あたりはありますか。

<input type="checkbox"/> 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)	<input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 運動器疾患
<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	(変形性関節症：膝関節・股関節・手指関節、変形性脊椎症)
<input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

・ 過去に膝炎で治療を受けたことはありますか。 なし あり

・ 過去に腸閉塞と診断されたことがありますか。 なし あり

・ 腹部の手術をされたことはありますか。 なし あり (_____)

◆ 食生活について（栄養指導時にも参考にさせていただきます。）

・1日の食事回数 _____回

<食事内容> 例) 食パン、ジャム、ヨーグルト、コーヒーなど

・朝食： _____

・昼食： _____

・夕食： _____

・間食： なし 時々 毎日 種類・量（ _____ ）

・外食・コンビニ利用： 毎日 2-3回/週 0-1回/週

・甘いもの・清涼飲料水： 毎日 たまに ほとんどない

◆ 運動について

現在の運動習慣について

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

◆ 生活習慣について

アレルギー： なし あり

喫煙： なし あり _____本/日 × _____年（ _____歳 ~ _____歳）

飲酒： なし 時々 毎日 （種類： _____）

いびきや無呼吸の指摘： なし あり

日中の眠気： なし あり（ありにチェックがある方は下記の質問にもお答えください。）

※睡眠の質について

睡眠満足度： 0-25% 50% 75-100%

夜間に途中で起きる回数：（ _____回）

◆ 妊娠および妊娠の可能性について ※女性の方のみお答えください

なし 今後、妊娠を予定している 現在妊娠中、妊娠の可能性あり

<肥満症外来についての注意事項>

検査結果によっては肥満症治療薬の保険適応がない可能性もあります。

高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病に関する内服薬は当院処方に切り替えとなる可能性があります。