

# 肥満（ダイエット）外来問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日；西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ ）歳

住所：〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Q.肥満外来を受診されたきっかけは何ですか？（複数可）

- 学校・職場で受診を勧められた。  家族が肥満を心配して受診した。  
 自分が肥満を気にしているため受診した。  他の病院から受診を勧められた。  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q.いつごろから太りだしましたか？（ \_\_\_\_\_ ）歳頃から。

Q.太ったきっかけに心当たりがあれば教えてください。（複数可）

- 毎回の食事量が多い  外食頻度増加  遅い夕食や深夜の食事  
 間食の習慣  飲酒量増加  運動不足  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q.これまでの体重について教えてください。

あなたのMax体重は（ \_\_\_\_\_ 歳頃 or 現在）で（ \_\_\_\_\_ ）kg

20歳頃の体重は（ \_\_\_\_\_ ）kg，現在の体重は（ \_\_\_\_\_ ）kg

Q.これまでに医療機関での肥満（ダイエット）外来での治療の経験はありますか？

- いいえ  
 はい（ \_\_\_\_\_ ）歳頃（内容は？ \_\_\_\_\_ ）

Q.ご自分で料理はしますか？

- 毎日する  時々する  しない

Q.ご家庭について

- お一人暮らし  家族と一緒に（親・兄弟姉妹・配偶者・お子様）

Q.生活についてお聞きします

起床時間は？ 平日（ ）時頃 ， 休日（ ）時頃

朝食は？ 食べる 食べないこともある 食べない

主なメニューは（ ）

昼食は？ 主に自宅,自炊 主に外食 自炊・外食半々 宅配やコンビニなど

主なメニューは（ ）

夕食は？ 主に自宅,自炊 主に外食 自炊・外食半々 宅配やコンビニなど

主なメニューは（ ）

間食の習慣は？ 毎日食べる 時々食べる 食べない

普段よく飲む飲み物は？（複数可）

水・お茶 コーヒー カフェラテ スポーツドリンク

コーラなどの清涼飲料水 ジュースなど その他（ ）

夕食～就寝までの間に何か食べることはありますか？

ない 時々 ほぼ毎日あり（どんなものを？）

就寝時間は？ 平日（ ）時頃 ， 休日（ ）時頃

Q.食べ物の好き嫌いがありますか？

いいえ ある（どんなものですか？）

Q.人と比べて食べる速度は？ 早い 普通 遅い

Q.飲酒の習慣はありますか？

いいえ 機会があれば飲む程度

毎日（beer ml,焼酎 杯,ワイン 杯,日本酒 合,ウイスキー 杯）/日）

Q.現在、タバコは吸いますか？ いいえ はい 1日（ ）本程度

Q.仕事内容を教えてください。 デスクワーク 比較的的肉体労働 肉体労働

Q.運動について

普段、定期的な運動習慣はありますか？

ない

ある（種類； を 時間程度/週）

体を動かすことは好きですか？ 好き 嫌い

運動は得意ですか？ 得意 苦手

学生時代などに運動系の部活やサークル経験はありますか？ いいえ はい

フィットネスジムやプールなどでの運動に積極的ですか？ いいえ はい

自宅や職場の近くに歩いたり、運動できる場所はありますか？ いいえ はい

Q.肥満治療薬について ※ただし、下記薬剤は全員が適応になるわけではありません。

抗肥満薬（食欲抑制薬）に興味はありますか？ いいえ はい

GLP-1 関連薬（糖尿病治療薬）に興味はありますか？ いいえ はい

Q.日常生活でストレスはありますか？ いいえ 少しある 多いにある

Q.今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ○で囲って下さい。（複数可）

高血圧・脂質異常症・糖尿病・痛風・狭心症/心筋梗塞・脳梗塞・脳出血・肝臓病・腎臓病

緑内障・貧血・うつ病・統合失調症・膝関節症・腰痛症・その他（ ）

Q.お薬でアレルギーが出たことはありますか？

ない

ある → どのようなものでどのような症状ですか？

・薬(種類； )で( )症状

・食べ物、その他(種類； )で( )症状

Q.女性の方に質問です。

月経は？ 順 不順 閉経後

過去に出産歴はありますか？ ない ある（回数； 回）

Q.当クリニックを知ったきっかけは？

ネット 知人の紹介 通りすがり その他（ ）