

肥満外来問診票

平成 年 月 日

1. 名前 :
2. 生年月日 : 年齢(学年): 性別 男 女

3. どうして肥満外来を受診しようと思いましたか？

()

4. いつごろから太っていることを意識し始めましたか？またどうして太ったと思いますか？

()

5. 出生時体重: g 在胎週数 週 妊娠前のお母さんの体重 Kg

乳幼児期の栄養 母乳 混合 人工乳

6. 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

朝食と一緒に食べる人

給食はおかわりしますか？

夕食の時刻: 夕食にかかる時間:

夕食と一緒に食べる人

食事中的テレビ 消している つけている

アレルギーなどで制限している食事 ない

ある 医師の指示 ある ない

制限している内容()

好き嫌い(偏食) ある ない

好きな食べ物・よく食べるメニュー()

嫌いな食べ物()

7. 間食

毎日食べない 1日1回 1日2回以上

よく食べるお菓子・間食()

ジュース スポーツドリンク 乳酸飲料 野菜ジュース

飲まないまたはたまに飲む 毎日飲む 1日()mlくらい

8. 生活習慣

起床時間:

就寝時間:

排便: 毎日()回または()日に1回

学校まで歩いて()分くらい

テレビ・ゲームなど何かの画面を見る時間 1日()時間くらい

運動 ほとんどしない 毎日()時間くらい

運動の習い事()

9. 家族のこと

	年齢 (歳)	身長 (cm)	体重 (Kg)	同居・別居	仕事	病気の有無 (高血圧、糖尿病、肥満など)
父				同・別	有・無	
母				同・別	有・無	
兄弟()				同・別		
兄弟()				同・別		
兄弟()				同・別		
兄弟()				同・別		
祖父(父方)				同・別	有・無	
祖母(父方)				同・別	有・無	
祖父(母方)				同・別	有・無	
祖母(母方)				同・別	有・無	

10. その他 心配事や希望があれば書いてください。