

# 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。