

# 初診問診票

令和 年 月 日

氏名：	生年月日：				
住所：	電話番号：				
身長：	cm	体重：	kg	BMI:	腹囲：

1. ダイエット外来を受診されたきっかけは何ですか？（複数可）

- 学校・職場で勧められた  家族が心配して受診した  
 自分が体重を気にしているため受診した  
 その他（ ）

2. いつ頃から体重が増えだしましたか？（ ）歳頃から

3. 体重が増えだし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  
 その他（ ）

4. 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  
目標体重は（ ）kg

5. これまでに医療機関でのダイエット外来での治療経験はありますか？

- いいえ  
 はい（ ）歳頃（内容は？ ）

6. ご自分で料理はしますか？

- 毎日する  時々する  しない

7. 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）

8.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（ ）

夕食から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

9.人と比べて食べる速度は？ 早い 普通 遅い

10.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（ビール mL、焼酎 杯、ワイン 杯、日本酒 合  
ウィスキー 杯、その他 ）/日

11.現在タバコは吸いますか？ いいえ はい 1日（ ）本程度

12.仕事内容を教えてください。

デスクワーク 比較的肉体労働 肉体労働

13.運動について

普段、定期的な運動習慣がありますか？

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

14.今までにかかった、または治療中の病気はありますか？

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（                      ）

15.お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

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

・食べもの、その他（種類：                      ）で（                      ）症状

16.当院のダイエット外来を知ったきっかけは？

ホームページ・インスタグラム 知人の紹介

その他（                      ）