**肥満患者さんの問診票**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

名前　：

1. どうして当クリニックを受診しようと思いましたか？
2. いつ頃から太ったと思いましたか？また、どうして太ったと思いますか？
3. 出生時体重 　： ｇ、 在胎週数　： 週
4. 乳児期の栄養 母乳　・　混合　・　人工
5. 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  
   朝食を一緒に食べる人：  
   給食はおかわりするか： する しない  
   夕食の時刻：　　　　　　　　　　　　　夕食にかかる時間：　　　　　　　夕食を一緒に食べる人：  
   食事中のテレビ： つけている　　消している  
   制限している食品：　なし　　ある（内容 　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の指示　有　　無）
6. 間食  
   お菓子 毎日食べない　　一日１回　　一日２回　　一日３回以上  
   　　よく食べるお菓子（ ）  
   ジュース・スポーツドリンク・乳酸飲料：　　飲まないまたはたまに飲む　　一日１回　　一日２回以上
7. 生活習慣  
   起きる時間：　　　　　　　　　　　　　　　寝る時間：  
   睡眠時無呼吸；　あり　なし

排便 毎日（ 　　）回　または　 （ ）日に一回  
学校まで 歩いて　　交通機関（ ）  
テレビ・ビデオを見る時間 一日（ ）時間  
テレビゲームをする時間 しないまたは週に３‐４回　　毎日（ ）時間  
運動　　ほとんどしない　　週に（ ）回　　　　よくする運動（ ）

1. 同居家族構成、体格

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢（歳） | 身長（cm） | 体重（kg） | 何か病気がありますか？（〇を） |
|  |  |  |  | 糖尿病、高血圧、高脂血症、その他 |
|  |  |  |  | 糖尿病、高血圧、高脂血症、その他 |
|  |  |  |  | 糖尿病、高血圧、高脂血症、その他 |
|  |  |  |  | 糖尿病、高血圧、高脂血症、その他 |
|  |  |  |  |  |