

ふりがな
 名前 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 (配偶者 有・無)

電話番号 (自宅)
 (携帯)

・よろしければ、当院を選んだ理由を教えてください。
 (他院より紹介状持参、知り合いからの紹介、インターネットを見て、その他 _____)

・受診のきっかけを教えてください。(_____)

・今日は食事をしてきましたか？ (はい・ ⇒ 時頃 ・ いいえ)

・家族構成を教えてください。(_____) = _____ 人暮らし

・主に食事を作る人はどなたですか？ (_____)

今までに 大きな病気または、手術をしたことがありますか？ (ある ・ ない)
 あるに○を付けた方・・・病名は何ですか？

今現在 服用している薬があれば記入してください。
 お薬手帳がある方は提出してください。

- *お酒は飲みますか？ (はい /日 ・ いいえ)
- *タバコは吸いますか？ (はい 本/日 ・ いいえ)
- *今、現在の (体重 _____ k g) (身長 _____ c m) (血圧 _____ / _____ mmHg)
- *あなたの体重について
 - ① 20歳頃の体重は？ (_____ k g)
 - ② これまでの最大の体重は？ (_____ k g)
 それは 何歳頃でしたか？ (_____ 歳頃)

○ 仕事内容を教えてください。	(職業 : _____) <input type="checkbox"/> 座りっぱなし <input type="checkbox"/> 立ったり座ったり <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 肉体労働 <input type="checkbox"/> その他(_____)
○ 運動はしていますか？	<input type="checkbox"/> 定期的に行っている。 <input type="checkbox"/> たまに行っている。 <input type="checkbox"/> ほとんどしていない。
○ 日常生活でストレスはありますか？	<input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あまり感じない
○ 朝食を抜くことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
○ 人と比べて食べる速度は？	<input type="checkbox"/> はやい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
○ 夕食後に何か食べることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
○ 間食はしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
○ 好きな食べ物を3つ書いて下さい。	(_____) (_____) (_____)