

ふりがな
名前 生年月日 年 月 日 (歳)

住所

電話番号 (自宅) (既婚 ・ 未婚)
(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) (脈拍 _____)
- *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)

*肥満治療について

1. 減量したい理由を教えてください 例: 令和4年〇月までに痩せたいから・無呼吸症候群

2. どのような肥満治療をご希望ですか? ご希望の所に○を付けてください。

- ① 食事・運動療法のみ希望
- ② 薬物療法のみ希望
- ③ 食事・運動療法と併用して薬物療法も行いたい

3. 今までのダイエット歴を教えてください。

- ① 他院での薬物療法 ()
- ② 高度肥満治療 外科手術 ()
- ③ サプリメント ()
- ④ トレーニング・ジム ()
- ⑤ その他 ()

高度肥満治療 BMI 35 ≧ BMI ()

保険適用 可 ・ 不可

※ BMI 35 以上は医療保険の適用となります

一覧表

○ 仕事内容を教えてください。	(職業：) □ 座りっぱなし □ 立ったり座ったり □ 立ち仕事 □ 肉体労働 □ その他()
○ 運動はしていますか？	□ 定期的に行っている。 □ たまに行っている。 □ ほとんどしていない。
○ 日常生活でストレスはありますか？	□ 常にある □ 時々 □ あまり感じない
○ 三食食事をとりますか？	□ はい □ 時々 □ いいえ
○ 人と比べて食べる速度は？	□ 早い □ 普通 □ 遅い
○ 夕食後に何か食べることはありますか？	□ はい □ 時々 □ いいえ
○ 料理はしますか？	
○ 間食はしますか？	□ はい □ 時々 □ いいえ
○ 好きな食べ物を 3 つ書いて下さい。	() () ()