

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? (_____)

○オンライン資格確認による情報提供として、薬剤情報の閲覧に同意しますか? (はい・いいえ)
特定健診の情報閲覧に同意しますか? (はい・いいえ)

○限度額適用認定証明に同意しましたか? (はい・いいえ)

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)

*毎日、入浴されていますか? (はい ・ いいえ)

*今、現在の(体重_____k g)(身長_____cm)(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
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

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 ()

*ダイエット経験者の方用↓

ダイエットが失敗したと思う理由を、ご自由にご記入ください。

[]

一覧表

○ 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
○ 三食食事をとりますか？	<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"/> 早い <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
○ 料理はしますか？	<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。	() () ()

病院記入欄

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