

肥満についての問診票 (No.1)

肥満の治療には、ご本人・ご家族からお話を伺うことが大きな手掛かりとなります。以下の内容につきまして、わかる範囲でお答えください。受診の際には、母子手帳、幼稚園・保育園・小学校などで行った身長・体重の記録をお持ちください。

1. いつごろから太りだしましたか _____ (歳)ごろ

2. 出生時について

● 出生体重 _____ g	● 出生時身長 _____ cm	● 在胎週数 _____ 週 _____ 日
----------------	------------------	------------------------

★奇形などはありませんでしたか [あった ・ なかった ・ わからない]

★その他、妊娠中、出生時、新生児期の異常があればご記入ください

[_____]

★発達の遅れを指摘されたことがありますか [ある:病名 _____ ・ ない]

3. かかったことのある病気について

★喘息や腎臓病などで、ステロイドというお薬を長期間使っていたことはありますか

[使用中 ・ 以前使用 ・ 使っていない ・ わからない]

★その他、長期間飲んでる薬がありますか。分かる範囲で薬の名前をご記入ください

[_____]

★これまでに入院したことがありますか [ある ・ ない ・ わからない]

4. いびきをかきますか [ある ・ ない ・ わからない]

5. 寝ているときに息が止まることがありますか [ある ・ ない ・ わからない]

6. ご両親・ご家族の身長・体重について

● 父:身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

● 母:身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

● 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 年齢 _____ ・ 続柄 _____

● 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 年齢 _____ ・ 続柄 _____

● 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 年齢 _____ ・ 続柄 _____

● 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 年齢 _____ ・ 続柄 _____

7. ご家族の中で以下の病気にかかっている方(続柄)はご記入ください

● 糖尿病 (_____)	● 心筋梗塞 (_____)
● 痛風 (_____)	● 高脂血症 (_____)
● 高血圧 (_____)	

肥満についての問診票 (No.2)

食生活・生活習慣についてお伺いします。

◇ 当てはまる項目の□に✓または具体的な内容をご記入ください

I. 学校生活について

通学時間は片道どのくらいですか	分	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車
運動、部活動をやっていますか	運動名・部活名		

II. 食習慣・嗜好品について

朝食は毎日食べていますか	<input type="checkbox"/> 食べる	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 食べない
給食のおかわりをしますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> しない
間食(おやつ)をしますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> しない
夕食は何時に食べていますか	時ごろ		
夕食に要する時間は何分くらいですか	分		
夕食のおかわりをしますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> しない
揚げ物や脂っこいものが好きですか	<input type="checkbox"/> 好き	<input type="checkbox"/> そうでもない	<input type="checkbox"/> 嫌い
夕食後に何か食べることはありますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> しない
ジュース類をよく飲みますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 飲まない
外食の回数は月に何回くらいですか	<input type="checkbox"/> 1~2回	<input type="checkbox"/> 4回	<input type="checkbox"/> 5回以上
好きな食べ物を3つ書いてください			

III. 生活習慣について

起床時間と就寝時間を教えてください	起床時間	時ごろ	就寝時間	時ごろ
外遊びをしますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> しない	
歩くより、車や自転車を使いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
お手伝いをしますか	<input type="checkbox"/> はい(内容)			<input type="checkbox"/> しない
塾や習い事をしてしていますか	<input type="checkbox"/> はい(内容)			<input type="checkbox"/> いいえ
TV・ゲーム・DVDなどの合計が1日2時間以上ですか	<input type="checkbox"/> はい(何を何時間) (時間)			<input type="checkbox"/> いいえ
寝るとき以外でも横になっていることが多いですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

ご協力ありがとうございました。