

シェイプアップ外来用問診票

氏名 _____

Q. シェイプアップについてお聞きします。

- ・シェイプアップ外来を受診されたきっかけは何ですか？（複数可）
 - 自分で体重が気になったため
 - 家族や知人から勧められたため
 - 他の病院から受診を勧められたため
 - その他（ _____ ）
- ・いつごろから体重が気になりだしましたか？（ _____ ）歳頃から。
- ・体重が気になりだしたきっかけに心当たりがあれば教えてください。（複数可）
 - 毎回の食事量が多い
 - 外食頻度増加
 - 遅い夕食や深夜の食事
 - 間食の習慣
 - 飲酒量増加
 - 運動不足
 - その他（ _____ ）
- ・何歳頃どんなダイエットを行ったのかわかる範囲で教えてください。
およそ _____ 歳の頃に _____ ダイエットを行って体重 _____ k g が _____ k g になった。

Q. 生活歴についてお聞きします。

- ・これまでに大きな病気（入院など）はありますか？（例、虫垂炎など）

- ・現在治療中の病気はありますか？（例、糖尿病や高血圧など）

- ・喫煙歴について教えてください。
 - これまでに吸ったことはない。
 - およそ1日 _____ 本を _____ 年間
 - 現在は禁煙中
 - 現在も喫煙中
- ・飲酒歴について教えてください。（例、およそビールで350ml/日を10年間など）
 - 普段は飲まない。
 - 機会があれば飲む。
 - およそ _____ で _____ ml/日を _____ 年間飲んでいる。
- ・1回30分以上の軽く汗をかく程度の運動を週2日以上、1年以上実施している。
 - はい
 - いいえ
- ・就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。
 - はい
 - いいえ
- ・夕食後に間食をとることが週に3回以上ある。
 - はい
 - いいえ
- ・朝食を食べないことが週に3回以上ある。
 - はい
 - いいえ
- ・十分な睡眠がとれていると思う。
 - はい
 - いいえ

質問などありましたらご記入ください。（ _____ ）

以上です。ご協力ありがとうございました。