

肥満についての問診票

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・幼稚園や保育園、小学などで行った身長・体重の記録をお持ちください。

1. いつ頃から体重が増え始めましたか。 _____ (歳) 頃

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

- ・奇形などの指摘はありませんでしたか (有・無・わからない)
- ・妊娠中の経過について 妊娠糖尿病 (有・無) 妊娠高血圧 (有・無)
- ・その他、妊娠中・出生時・新生児期の特記事項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 (有：病名 _____ ・無)

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、長期間飲んでいる薬があればわかる範囲でご記入ください。

[_____]

- ・これまでに入院したことがありますか (有：病名 _____ 、年齢 _____ 歳・無)

4. 睡眠状況について

- ・いびきをかきますか (有・無・わからない)
- ・寝ているときに息が止まることがありますか (有・無・わからない)
- ・日中眠くなることがありますか (有・無・わからない)
- ・起床時間 _____ : _____ 、就寝時間 _____ : _____

5. ご両親・ご家族について

- ・同居しているご家族は誰ですか (父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・兄弟姉妹)

父：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳 父方祖父：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳

母：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳 父方祖母：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳

()：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳 母方祖父：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳

()：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳 母方祖母：身長 _____ cm、体重 _____ kg、年齢 _____ 歳

6. ご家族の中で以下の病気にかかっている方 (続柄) をご記入ください

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

7. 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・部活動をしていますか	<input type="checkbox"/> はい(運動名・部活名:)		<input type="checkbox"/> いいえ

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		
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
ジュースや清涼飲料水をよく飲みますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 飲まない
牛乳をどのくらい飲みますか	ml		
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"/> 3~4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. 朝食・間食・夕食についてどのようなものを、どのくらい食べていますか

(例: ごはんどんぶり山盛り1杯 おかわり有 食パン4枚切り2枚 スナック菓子1袋 など)

朝食(内容・量)	間食(内容・量)	夕食(内容・量)

IV. 生活習慣について

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: 、 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

V. 女性の方へお伺いします

・初経年齢 歳 ・月経異常(有: ・無)

VI. 何か、特に困っていることや相談したいことがあればお書きください。