

● 肥満症問診票 ●

※ 初診の方は診療にお時間がかかることをご了承ください。

記入日 年 月 日

ふりがな		保険証の提示方法（○で囲む）		身長（おおよそ）	
氏名		マイナ / 資格確認証 / その他		cm	
				今日の体重	
職業		生年月日 年 月 日		今日の血圧（上/下）、脈	
住所	〒 -				
電話番号	自宅				
	携帯				
※血圧計、体重計が無ければクリニックで測定して下さい。					

※各種書類（薬手帳、紹介状、身体障害者手帳、医療減額証など）お持ちであればご提出願います。

☆ 次の1～11にお答えください。

1.【受診目的】 今日どのような症状、きっかけ、交通手段で受診されましたか。

- 最初に知ったきっかけ（1つだけ）

看板〔☐道路 ☐JR ☐地下鉄 ☐その他（ ）〕

インターネット〔☐HP ☐検索 ☐Googleマップ ☐記事・SNS ☐その他（ ）〕

記事〔☐雑誌 ☐新聞〕 ☐医療機関からの紹介 ☐ご家族・知人からの紹介

☐その他〔 〕

- 交通手段

地下鉄〔☐南北線☐東豊線〕 ☐JR ☐バス ☐車 ☐徒歩 ☐その他（ ）

- 受診のきっかけ（なぜ減量したいですか？）

- ・健康のため ・見た目を変えたい ・家族・知人に勧められた ・医師に勧められた
- ・関節（膝や腰など）に痛みがある ・動悸・息切れがある ・睡眠の質の低下がある
- ・その他（ ）

- 薬物療法（ウゴービ、ゼップバウンド）を希望しますか？

- ・希望する ・経過次第で検討したい ・食事、運動療法のみで経過をみたい

- 肥満手術を検討していますか？

- ・検討している ・検討していない

2.【体重経過について】

- 体重が増加しはじめた時期（ ）年前 ●きっかけ（ ）

- 最大体重（ ）kg 20歳頃の体重（ ）kg

- 減量歴 ・なし ・あり（方法： ）

- 肥満症治療歴 ・なし ・あり（内容： ）

3.【現在治療中の病気】

- 当てはまるものにチェックしてください

- ・高血圧 ・脂質異常症 ・糖尿病/耐糖能異常 ・高尿酸血症/痛風 ・脂肪肝
- ・冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症） ・脳梗塞/脳血栓症/一過性脳虚血発作
- ・睡眠時無呼吸/肥満低換気 ・変形性膝/股/脊椎症 ・月経異常 ・不妊 ・肥満関連腎臓病

- 上記以外で現在治療中の病気 ・なし ・あり（ ）

- 服用中の薬（お薬手帳がある方は記載不要です）（ ）

4.【既往歴について】

- 上記以外の疾患で今までかかった病気はありますか？

※ありの場合、時期、手術歴もわかれば記載してください。

- ・なし ・あり（ ）

※裏面もあります

5.【家族歴について】

- 肥満症の家族歴 ・なし ・あり

6.【生活習慣について】食事、生活の状況について教えてください。

- 食事について
 - ・朝食 ・食べる ・食べない ・昼食 ・食べる ・食べない
 - ・夕食 ・食べる ・食べない ・間食 ・食べる ・食べない
 - ・夜食 ・食べる ・食べない
- 甘い飲み物は飲みますか？
 - ・よく飲む ・ときどき ・ほとんど飲まない
- 外食はしますか？
 - ・毎日 ・週3-4回 ・週1-2回以下
- 飲酒はしますか？
 - ・毎日 ・週3-4回 ・週1-2回 ・ほとんど飲まない ・飲まない
 - ・1回飲酒量（ ）

7.【喫煙状況について】今までにタバコは吸ったことがありますか？

ある場合は時期と本数を教えてください。

- ・いいえ ・はい 1日 _____ 本 (_____ 歳 から _____ 歳 または 現在 まで)

8. 【運動習慣について】

- ・なし ・あり（頻度:週 回、内容: ）

9.女性の方にお伺いします。

- 妊娠中ですか？ ・はい ・いいえ ● 授乳中ですか？ ・はい ・いいえ
● 妊娠希望はありますか？ ・あり（現在希望あり／将来的にあり／不妊治療中）・なし

10. 【アレルギーについて】

- 薬 ・なし ・あり ()
食べ物 ・なし ・あり ()

11.【ご希望、備考欄】

目標体重は何 kg ですか？ () kg

相談したい事: ()



ご記入ありがとうございました。ご来院時に受付にご提出願います。

お知らせ (2024.12.1~)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
医療情報取得加算（初診時）：1点