　　　　　　　　　　　　　メディカルダイエット問診票

名前

1. 今までに医療機関でのメディカルダイエットの経験はありますか？

いいえ　　：　　はい　　　　　いつ頃　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　服用した薬　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2　現在、通院している病院・医院・クリニックはありますか？

　いいえ　　　：　　はい　　　　　医療機関名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　病名と服用している薬　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3　現在、運動はしますか？

いいえ　　　　：　　はい　　　　　種類　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　週に（　　　　）　回　　　　又は　月に　（　　　）　回　　（　　　　）　時間程度

4　アレルギーはありますか？

いいえ　　　　：　　はい　　　何のアレルギー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5　現在の身長　　（　　　　　　　　）㎝　　　　　体重　　　　　（　　　　　　　　　）㎏

　　目標体重　　　（　　　　　　　　）㎏

6　太ったきっかけに心あたりがあれば教えてください。

* 毎回の食事量が多い　　□　遅い食事や深夜の食事　　　□　外食頻度の増加
* 間食の習慣　　　　　　□　飲酒量の増加　　　　　　　□　運動不足
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7　普段良く飲む飲物はありますか？

* 水　　　　　□　お茶　　　□　コーヒー・紅茶　　□　スポーツドリンク　　□　カフェラテ
* コーラなどの清涼飲料水　　□　ジュース　　　　　□　牛乳・ヨーグルトドリンク・乳酸飲料
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

8　女性の方に質問です。

　　生理は　　　　□　順調　　　　　　□　不順　　　　　　□　閉経後

　　出産歴は　　　□　ない　　　　　　□　ある　（回数：　　　　回）