

ダイエット外来 問診表

ID:

■住所： 〒

TEL:

■生年月日： 年（西暦） 月 日 年齢： 歳

■身長： cm 体重： kg 出生時体重： g（空欄可）

12歳頃の体形（該当項目に○）： やせ 普通 太め

■月経異常： あり なし ■体毛の増加： あり なし

■過去の健診指摘事項：

■出産歴： 回出産（出生時体重： g g g）

■家族歴（該当項目に○）： 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 不妊症等婦人科疾患

■同居家族（該当項目に○）： 祖父・母 父・母 配偶者 子供

■平均的な食事内容

朝食：

昼食：

夕食：

■外食頻度・内容（例：月に1回、夕食、ファミレスなど）：

■摂取する主な水分（該当項目に○）とその1日摂取量：

茶・水	ソフトドリンク	スポーツドリンク	加糖コーヒー・紅茶	乳製品
ml	ml	ml	ml	ml

■間食習慣（該当項目に○）： なし たまに（例：週末のみ） あり

間食習慣ありの場合の内容：

■運動習慣（該当項目に○）： なし たまに（例：週末のみ） あり

■その他：何かご質問や特に伝えたいことがあればご自由にご記載ください。