

病診連携 肥満症外来問診票 (患者さん用)

名前 ( ) 年齢 才

① ・身長 cm ・体重 kg ・BMI  $\text{kg}/\text{m}^2$  ・腹囲 cm

・過去最大体重 kg ・20歳 kg

② これまで医療機関で肥満症治療をしたことはありますか はい いいえ

③ 既往歴 以下に当てはまる項目はありますか。レ点を付けてください

耐糖能障害 (2型糖尿病、耐糖能異常など) 脂質異常症 高血圧

高尿酸血症・痛風 冠動脈疾患 脳梗塞・一過性脳虚血発作

非アルコール性脂肪性肝疾患 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群

運動器疾患 (変形性関節症・膝関節・股関節・手指関節・変形性脊椎症)

肥満関連腎臓病 緑内障 貧血 うつ病・統合失調症

月経異常・女性不妊

④ いつ頃から太り始めましたか 歳ごろ

⑤ 太ったきっかけはありましたか

毎回の食事量が多い 外食頻度の増加 遅い夕食や深夜の食事

間食の週間 飲酒量増加 運動不足

その他 ( )

⑥ 薬・食べ物アレルギー あり なし

ありの方は内容記載 ( )

⑦喫煙歴

吸わない

以前吸っていた 歳から禁煙 以前は 歳から 本/日

吸う 歳から 本/日

⑧同居家族 ( )

近くに助けてくれる家族はいますか ( )

⑨職業 ( )

勤務時間 ( ) 週休 ( )

⑩起床時間 平日 時ごろ 休日 時ごろ

就寝時間 平日 時ごろ 休日 時ごろ

⑪食生活習慣について

調理担当: 本人 その他 ( )

朝食時間 時頃 食事内容

昼食時間 時頃 食事内容

夕食時間 時頃 食事内容

間食習慣: あり なし 時間帯・何時ごろ ( )

間食内容 ( )

よく飲む飲み物: お茶 水 コーヒー (砂糖あり なし・ミルクあり なし)

紅茶 (砂糖あり なし) 炭酸飲料系 スポーツドリンク系

食べる速度： 速い 普通 ゆっくり

飲酒習慣： なし あり 週 回 内容と量( )

⑫定期的な運動習慣はありますか

ない

ある 種類： を 時間程度/週

⑬体を動かすことは好きですか 好き 嫌い

⑭運動は得意ですか 得意 苦手

⑮学生時代など運動系の部活やサークルの経験はありますか はい いいえ

⑯フィットネスジムやプールなどでの運動に積極的ですか はい いいえ

⑰自宅や職場の近くに歩いたり、運動できる場所はありますか はい いいえ

⑱肥満治療についてご希望や興味があるものはありますか

\*ただし、下記薬剤は全員が適応になるわけではございません

食事療法 運動療法 抗肥満薬（食欲抑制薬）

GLP-1 関連薬 外科的手術