

# 肥満相談 初診問診票(1枚目)

氏名\_\_\_\_\_年齢\_\_\_\_\_歳

以下の質問について、あてはまるものに○をつけてください

・産まれたときの状況を教えてください(母子手帳を見てお書きください)

在胎\_\_\_\_週\_\_\_\_日、体重\_\_\_\_\_g、身長\_\_\_\_\_cmで出生

新生児期に何らかの病気で治療を受けた : 受けない 受けた

(治療を受けた方は具体的に)

現在何かの病気で通院していますか? : している していない

(通院している方のみ)差し支えない範囲で診断名・通院されている病院名をお書きください

・ご家族・ご兄弟の年齢と身長をわかる範囲で教えてください

お父さん : 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

お母さん : 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

ご兄弟(兄・姉・弟・妹はあてはまるものに○をつけてください)

兄・姉・弟・妹 : \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_か月 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

・何歳ごろからお子さんの体重が気になりましたか? \_\_\_\_\_歳頃

・肥満の件で病院に相談したことがありますか? : ある ない

(あると言われた方のみ)相談した医師に何と言われましたか?

(言われた内容を記入\_\_\_\_\_)

(あると言われた方のみ)検査はしましたか? : 受けない 受けた

・今回の相談は、どのようなきっかけで受診されようと思いましたか?

健診・幼稚園・学校から勧められた ご家族が心配

他の病院で勧められた その他(\_\_\_\_\_)

・肥満の件について、お子さん自身はどう思っていますか?

気にしていない 気にして何とかしたいと言っている

## 肥満相談 初診問診票(2枚目)

### ・生活について

起きる時間は\_\_\_\_\_時頃(数字を記入)

朝食は\_\_\_\_\_時頃(数字を記入)

毎日食べる 食べないことがある 食べない

給食 : 全部食べる 残すことがある(残すもの: \_\_\_\_\_)

おかわり : する(メニュー: \_\_\_\_\_) しない

おやつ : 每日食べる 食べないことがある 食べない

おやつのメニュー: \_\_\_\_\_

ジュースなど : 毎日飲む(1日\_\_\_\_mlぐらい) たまに飲む 飲まない

(ジュース:清涼飲料水、乳酸飲料、野菜ジュースなど)

夕食は\_\_\_\_\_時頃(数字を記入)

一人分を盛り付ける 大皿からみんなで取る

おかわり : する(メニュー: \_\_\_\_\_) しない

寝る時間は\_\_\_\_\_時頃(数字を記入)

### ・好きなメニュー・よく食べるメニューを3品書いてください(無ければ記載不要です)

(\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_)

### ・嫌いなメニューを3品書いてください(無ければ記載不要です)

(\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_)

### ・運動・遊びについて

外遊び・体を動かすことは好きですか? 好き 嫌い

運動は得意ですか? 得意 苦手

得意な運動・スポーツ : \_\_\_\_\_

習い事として運動をしていますか? している(\_\_\_\_\_) していない

テレビ・ゲームなど画面を見る時間は\_\_\_\_\_時間ぐらい

学校まで歩いて\_\_\_\_\_分ぐらい

### ・その他、お伝えしたいことがありましたら書いてください