

〈 内科(減量プログラム)問診票 〉

受診日 年 月 日

ふりがな

名前

年齢

歳(男・女) 生年月日

T
S
H
R

年 月 日

(〒 -)

住所

職業
学校(学年)一人来院
同伴者有()

自宅電話

携帯電話

身長 cm・体重

kg・腹囲 cm

※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

●マイナンバーカードを利用し受付されましたか？ はい いいえ●はいの方にお聞きします。薬剤情報・特定検診情報の取得に同意されましたか？ はい いいえ
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。

 1 今回、内科(減量プログラム)を受診された理由について
 お聞かせください。

①健診などで指摘された(いつ頃:)

②当院整形外科からの紹介

③他病院からの紹介や転院(病院・クリニック名:)

T:		°C
BP:	/	mmHg
P:		回(整・不整)
R:		
SPO2:		%

2 現在、生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症)に対して治療されていますか？

①はい いいえ

②はいの場合疾患名と通院先 病名:

病院名:

3 現在服用中のお薬はありますか？

①なし ②あり(薬名:)

*現在服用中のお薬手帳をお持ちの方はお出してください

4 ご家族に糖尿病及び肥満の方はいますか？

①いる(父・母・兄弟・祖父母) ②いない

5 生活状況をお聞かせください。

・ご職業() →業務は(軽労働・中労働・重労働) / 仕事はしていない

・生活は不規則ですか ①はい(具体的に) ②いいえ ・現在、運動の習慣はありますか ①ある(具体的に) ②ない

・喫煙していますか

①喫煙している ②以前喫煙していた ③喫煙したことがない

1日の喫煙本数

本/日

喫煙を始めた年齢

歳

やめた年齢

歳

*裏面にも続きます

6 いびきや日中の眠気がありますか？

- ①はい ②いいえ

7 今までにかかった事のある病気はありますか？

病名： 病院名： 何歳頃： 治療内容：入院・手術・内服
病名： 病院名： 何歳頃： 治療内容：入院・手術・内服

8 食生活についてお聞かせください。

- ・食事の準備をするのはどなたですか（自分・家族・その他 ）
- ・あてはまるものに○をつけてください
- （ ） てんぷらやコロッケなど揚げ物が好き （ ） 味付けは濃い方だ
- （ ） 清涼飲料水（炭酸飲料も含む）が好き （ ） アルコールを飲む
- （ ） おやつをよく食べる （ ） 果物をよく食べる
- （ ） ご飯や麺類、パンなどをたくさん食べる （ ） 早食いだ
- （ ） インスタント食品をよく食べる （ ） 外食をよくする
- （ ） 寝る前2時間以内に食事をとることが多い （ ） 食事を抜くことがよくある

9 治療に対するご希望がございましたらお聞かせください。

- ①食事・運動療法のみ（栄養指導は必須となります）
- ②内服治療をしても良い
- ③注射療法を行っても良い
- ④医師の判断に任せる

*検査結果によって判断しますので、ご要望にお応えできない場合もあります。

何かご要望がありましたら、ご記入ください。