

ダイエット外来希望の方へ

お名前(ふりがな) _____

ご住所 〒 _____

電話番号(本人) _____ (家族) _____ 続柄 ()

Q 当院を知ったきっかけは何ですか？

・GLPI で検索した ・ダイエット外来で検索した ・知人からの紹介で
・その他のワードで検索した ・その他 ()

Q 18~20 歳ごろの体重は何 kg くらいでしたか？ () kg

Q 最近 1 年間の体重変化 (変化なし ・ kg (増えた・減った))

Q 今の考える理想の体重は何 kg ですか？ () kg

Q 内科・精神科への定期的な通院歴について (ない ・ 過去にあった ・ 現在通院中)

Q 腹部・内臓に関する手術や輸血をしたことがありますか？

いいえ ・ はい → 病名 () 時期 (歳頃)

Q 膵炎の診断をされたことがありますか？ (いいえ ・ はい → 時期 (歳頃)

Q 今までにかかったおもな病気、けがは？ ()

Q 薬や食べ物に対するアレルギーがありますか？ (ない ・ ある →)

Q タバコは？ (吸ったことがない ・ 禁煙した ・ 吸っている)

Q アルコールは？ (飲まない ・ ほとんど飲まない ・ 週に2~3 回程 ・ 毎日飲む)

Q アルコール消毒は大丈夫ですか？ (大丈夫 ・ かぶれる)

Q 女性の方へ 現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ はっきりしない)

現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

Q 出産経験のある女性の方へ 以下のことがありましたか？

妊娠糖尿病 妊娠高血圧症 妊娠中毒症 帝王切開 新生児仮死

お子さんの出生体重を教えてください (約 g) (約 g) (約 g)

Q その他 Dr. に伝えておきたいことがあればお書きください。

()

ご協力ありがとうございます。薬手帳をお持ちの方は薬手帳を用意し
受付に声をかけてください。