

# 医療ダイエット問診票(1/2)

20 年 月 日

ふりがな				男性・女性		
お名前						
生年月日	西暦	年	月	日生 ( 歳)	血液型	型
住所	〒					
携帯電話番号						
E-mail						

**アレルギーについて**

- なし    あり  
金属    麻酔(歯科麻酔含)    ラテックス・ゴム    アルコール    食品( )  
日光    花粉症    化粧品    薬(薬品名: )  
その他( )

**今までかかったことのある病気・手術歴・現在治療中のご病気について**

- なし    あり  
糖尿病    アトピー性皮膚炎    梅毒    B型・C型肝炎    ケロイド体質    口唇ヘルペス  
リウマチ    結核    HPV    婦人科疾患    血液疾患    腎疾患    甲状腺疾患    喘息  
緑内障    不整脈    心疾患    接触性皮膚炎    輸血  
甲状腺疾患(ご本人またはご家族)  
膵臓疾患(ご本人またはご家族)  
悪性腫瘍(部位: )  
その他( )

**現在内服・外用中のお薬について(市販薬やサプリメントを含む)**

- なし    あり  
糖尿病薬    免疫抑制剤    ステロイド剤    精神安定剤    血液をサラサラにする薬  
鎮痛剤    睡眠薬    ピル・ホルモン剤    甲状腺薬    心臓の薬    血圧の薬  
リウマチの薬    アレルギーの薬  
その他( )

**今までに低血糖症状を起こしたことはありますか？**

(冷や汗、手の震え、動機、ふらつき、めまい、意識がぼんやりする等)

- なし    あり

**普段1日のお食事は何回召し上がられますか？**

( )回

## 医療ダイエット問診票(2/2)

医療ダイエットのご経験はありますか？

いいえ はい

[ 薬品名( ) )  
いつ頃受けられましたか？(時期： ) )  
どこで受けられましたか？(クリニック名： ) )  
合計で何回受けられましたか？(回数 ) )  
何キロ減量されましたか？( ) )

普段の運動習慣を教えてください

( ) )

どのくらいの減量を希望されていますか？目標体重や理想とされている体形はありますか？

( ) )

<女性の方へ>

該当項目にチェックをお願いします

現在妊娠中 妊娠の可能性ある 授乳中