肥満症初診シート 年 月  $\exists$ おなまえ 年 生年月日 月 日( 歳 ヶ月) 質問1)肥満が気になり始めたのはいつ頃ですか。 質問2) 生まれたときの事を教えてください。 生まれた週数 ( )週( )日 出生体重 ( )g 出生身長 ( )cm 何人目のお子さんですか? ( )人目 分娩様式(当てはまるものに丸をつけて下さい) 経膣分娩(頭から出た、逆子だった) 帝王切開(予定、緊急) 分娩時の異常はありましたか?(例:仮死状態、低血糖、呼吸障害、先天奇形など) 質問3)新生児期に口から十分飲めずに、鼻(もしくは口)から胃まで管を入れて授乳したことはありま はい・ いいえ せんか? 質問4) 今までかかった病気を教えてください。 質問 5) 発達(首がすわったり、歩いたり、おしゃべりするなど)が、周囲と比べて遅れていませんでし はい・ いいえ 質問 6) 一緒に住んでいる人を教えて下さい(記載例: 父(40歳)、母(35歳)、姉(6歳)) 質問7)ご家族について、以下の疾患にかかっている人はいませんか。 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症 (

母の身長(

母の体重(

その他あれば教えて下さい (

父の身長(

父の体重(

質問8) ご両親の身長・体重を教えてください

) cm

) kg

裏もありますので、よろしくお願いします。 熊谷生協病院小児科

) cm

) kg

```
質問 9) 二次性徴についてお答えください。
<女の子の場合>
                    →ありの場合、いつから(
          なし・あり
胸の膨らみ
 陰毛
           なし ・ あり
                    →ありの場合、いつから(
性器出血・月経
           なし・あり
                    →ありの場合、いつから(
<男の子の場合>
 陰毛
           なし ・ あり
                    →ありの場合、いつから(
           なし・あり
                    →ありの場合、いつから(
 脇毛
 ひげ
           なし ・ あり
                    →ありの場合、いつから(
 声変わり
           なし ・ あり
                    →ありの場合、いつから(
質問 10) 肥満に伴う以下の症状はありますか
視力の異常はありますか
                     ある・ ない
                     ある・ ない
聴覚の異常はありますか
喉の渇き、多飲・多尿はありますか
                     ある・ない
質問11)生活習慣について教えてください。
 起床は何時ですか
                             )
 夜寝るのは何時ですか
 食事は3食食べますか?
                   はい ・ いいえ
 食事の時間を教えてください。
 朝食()
          昼食(
                 )
                      夕食(
                              )
 間食(おやつ)は食べますか。どれくらい食べますか。
  (
                                      )
 夜食(夕食以降に食べるもの)は食べますか。どれくらい食べますか。
  (
                                      )
 清涼飲料水はどれくらい飲みますか。 1日 ( ) ml、週(
                                    )日
 運動はどれくらいしていますか。
 テレビゲーム、テレビ、パソコンなどはどれくらいみていますか。
             1日()時間、週(
                                  ) 日
質問12) ご本人は肥満についてどう思っていますか。
(例:「治したい」「このままいったらまずい気がする」「別に病気とは思っていない」など)
質問13) 保護者様は肥満についてどう思っていますか。
(例:「治したい」「このままいったらまずい気がする」「別に病気とは思っていない」など)
```