

初めて来院された方へ 下記のアンケートにお答え下さい。 平成 年 月 日

患者番号: _____

氏名 _____ (男 ・ 女) (既婚 ・ 未婚) 年齢 _____ 才

住所 _____ 電話: _____

身長 _____ cm 高校時代の体重 _____ kg 過去最高体重 _____ kg 過去最低体重 _____ kg

(1) BOOCSを何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

テレビ 新聞 本 雑誌(雑誌名 _____) イムズ 講演会 インターネット
共済組合ヘルスセミナー EBM
病院の紹介(_____ 病院) 知人の紹介(_____ さん)
BOOCSのことはよく知らない その他(_____)

(2) どのような目的でBOOCSをやってみようと思われましたか？ (複数回答可)

体重を落とすため 血圧が高いため コレステロール、中性脂肪が高いため
血糖値が高いため 膝や腰に負担がかかるため 脳の疲れを解消するため
摂食障害を治すため その他(_____) BOOCSのことはよく知らない

(3) これまでにダイエットを試みたことがありますか？

あらゆるものに挑戦した 1、2回は試みた 今までにやったことがない

(4) 「むちゃ食い」や「やけ食い」(過食)をすることがありますか？

ほぼ毎日 週に数回 月に数回 以前あり なし

(5) 食べた後に自分で吐くことがありますか？

ほぼ毎日 週に数回 月に数回 以前あり なし
(おおよその期間は？: _____ 年)

(6) 今までにかかった病気や怪我、手術などがあれば書いてください。

(7) 輸血を受けたことがありますか？ はい いいえ

(8) 現在、どちらかの病院またはクリニックに通院されていますか？

はい (病院名: _____) いいえ

(9) 何かお薬を飲んでいますか？ はい いいえ

薬の名前が分かればお書き下さい。

() () ()

() () ()

(10) 現在何か気になることや自覚症状がありますか？
(あればいつ頃から、どんな症状があるのか書いてください)

(11) 薬や食べ物に対してアレルギーがありますか？

はい (何に？ :) いいえ

(12) 花粉症、アトピー性皮膚炎、喘息、じんま疹など、アレルギーの病気がありますか？

はい (何が？ : 花粉症・アトピー・喘息・じんま疹) いいえ

(13) 現在、ペット(犬,猫,鳥など)を飼っていますか？

はい(屋内) はい(屋外) いいえ

何を飼っていますか？ () () ()

(14) (女性の方のみ) 生理は順調ですか？

順調 不規則 なし 最終月経: ____月 ____日 ~

(15) (女性の方のみ) 生理前になると精神的、身体的に調子がおかしくなることがありますか？

いつも感じる 時々 ほとんど感じない 閉経(才頃)

(16) 咳やくしゃみで尿が漏れる(A)、またはトイレまで我慢できずに尿が漏れる(B)ことがありますか？

(A)のみあり (B)のみあり (A)(B)共にあり なし

(17) 排尿後に、まだ尿が残っている感じ(A)、ほぼ毎晩排尿に起きる事(B)がありますか？

(A)のみあり (B)のみあり (A)(B)共にあり なし

夜間トイレに起きる場合の回数: ()回くらい

(18) イビキがひどい(A)、または睡眠中に息が止まっている(B)と言われたことがありますか？

(A)のみあり (B)のみあり (A)(B)共にあり なし

(19) 昼間に強い眠気のため居眠りをしそうになることがありますか？

ほとんど毎日 時々ある なし

(20) 一時的に気を失ったり(A)、ケイレン(B)を起こしたことがありますか？

(A)のみあり (B)のみあり (A)(B)共にあり なし

(21) 誰もいないのにヒトの声(A)や、自分のうわさ話(B)が聴こえてくることがありますか？

(A)のみあり (B)のみあり (A)(B)共にあり なし

(22) 腰の痛み(A)や膝の痛み(B)がありますか？

(A)のみあり (B)のみあり (A)(B)共にあり なし

(23) 近視(A)、または遠視・老眼(B)でメガネやコンタクトレンズを使用されていますか？

(A)のため使用 (B)のため使用 (A)(B)のため使用 いいえ

(24) 虫歯、歯周病、咬み合わせ、歯並び、口臭、入れ歯の具合などに不安はありませんか？

あり (内容:) なし

(25) 現在何かお仕事をされていますか？

はい (内容:) いいえ(無職・主婦・家事手伝い・学生)

(26) 同居されているご家族の内訳を教えてください。(でかこみ人数を書いて下さい)

一人暮らし
同居者あり:配偶者・子供(人)・父・母・義父・義母・兄弟(人)
祖父・祖母・孫(人)・その他()

(27) タバコを吸いますか？ 吸う(1日 本) 吸わない

(28) 普段お酒を飲みますか？

ほぼ毎日 週に数回 機会があった時のみ ほとんど飲まない
種類は?() 1日の量は?(ml・ 合)

(29) 甘い物が好きですか？

とても好き 好き どちらでもない 嫌い
何が?:饅頭・チョコレート・ケーキ・菓子パン・アイスクリーム・プリン・()

(30) 和食と洋食はどちらが好きですか？

どちらかといえば和食 どちらかといえば洋食 同じくらい

(31) 料理はどなたが作られますか？

自分 配偶者 親 その他()

(32) 健康食品やサプリメントを使用していますか？

はい(種類:) いいえ

(33) 日頃運動の習慣はありますか？

ほぼ毎日やっている 週に数回 月に数回 なし
(何を:)

(34) 何か楽しめる趣味をお持ちですか？ はい (内容:) 特になし

(35) ご家族(親・兄弟)に糖尿病の方がおられますか？ はい(誰が:) いいえ

(36) ご家族(親・子供・兄弟・配偶者)に特別な病気の方、あるいは亡くなられた方がおられますか？

父親:	健康	病気治療中()	死亡 ()	~の病気で)
母親:	健康	病気治療中()	死亡 ()	~の病気で)
子供:	健康	病気治療中()	死亡 ()	~の病気で)
兄弟:	健康	病気治療中()	死亡 ()	~の病気で)
配偶者:	健康	病気治療中()	死亡 ()	~の病気で)

(37) あなたの血液型を教えてください。 A型 B型 O型 AB型 不明

(38) 入院治療(短期集中型:5泊6日)を希望されますか？

はい いいえ 関心はある わからない

(39) その他何かご希望がありましたらご自由にお書き下さい。