

生活習慣問診票

患者様へ

下記の内容を記入の上、紹介元医療機関様へご提出ください。

お名前

生年月日（T・S・H）

年

月

日

身体測定	身長	()cm	☐ 最近測定していないのでわからない		
	体重	()kg			
	20歳頃の体重	()kg			
	最高体重	()kg			
生活リズムと活動量	何時に起きますか？	()時頃			
	何時に寝ますか？	()時頃			
	お仕事をしていますか？	☐ はい ☐ 軽作業(デスクワーク) ☐ 普通労働(立仕事) ☐ 重労働			
		☐ いいえ			
食生活と生活習慣について	運動をしていますか？				
	☐ はい	→	()回/週	☐ 散歩()分	☐ ウォーキング(速歩)()分
	☐ いいえ			☐ その他 ()	
	食事は規則的に食べていますか？				
	☐ はい	食事内容	1食目： ()時頃	2食目： ()時頃	3食目： ()時頃
	☐ いいえ				
	野菜は食べてますか？ ☐ 食べる(☐ 朝食 ☐ 昼食 ☐ 夕食) ☐ 殆ど食べていない				
	外食はしますか？				
	☐ はい	→	☐ 昼食 ()回/週	内容()	
			☐ 夕食 ()回/週	内容()	
☐ いいえ					
お惣菜は利用しますか？					
☐ はい	→	()回/週	内容()		
☐ いいえ					
間食はしますか？					
☐ はい	→	☐ 和菓子 ☐ せんべい ☐ 洋菓子 ☐ クッキー ☐ ナッツ類			
		☐ 飴玉 ☐ チョコレート ☐ スナック菓子 ☐ 菓子パン			
☐ いいえ		☐ その他()			
水分補給に何を飲んでますか？ 1日の水分摂取量()ml					
☐ 水 ☐ お茶 ☐ コーヒー・紅茶 ☐ スポーツドリンク ☐ 乳酸飲料					
☐ 炭酸飲料 ☐ 清涼飲料水 ☐ 栄養ドリンク ☐ その他()					
お酒は飲みますか？					
☐ はい	→	()日/週	☐ ビール()ml	☐ 焼酎()ml	
		☐ その他	☐ 日本酒()合	☐ 酎ハイ()ml	
☐ いいえ		()ml	☐ ワイン()ml	☐ ウイスキー()ml	
喫煙しますか？ ☐ はい(()本/日) ☐ いいえ ☐ 禁煙した(()歳頃)					

医療機関様へ
この用紙は、「地域栄養サポート外来 紹介・予約依頼書（兼診療情報提供書）」と一緒に地域医療連携室（0955-46-2160）へFAXお願いします。