

●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：\_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) (既婚・未婚) 証・欄・職 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 年齢 \_\_\_\_\_ 才

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話 自宅： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_ その他の連絡先： \_\_\_\_\_

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) B00CS を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

- ① インターネット (パソコンタブレット・携帯・スマホ) (検索キーワード： \_\_\_\_\_ )  
② メディア (テレビ・新聞・本 ( \_\_\_\_\_ )) ③ 講演会・セミナー ( \_\_\_\_\_ )  
④ EBM ⑤ 病院の紹介 ( \_\_\_\_\_ 病院) ⑥ 知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ さん)  
⑦ 看板 ⑧ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(2) どのような目的で B00CS をやってみようと思われましたか？ (複数回答可)

- ① 体重を落とすため ② 血圧が高いため ③ コレステロール、中性脂肪が高いため  
④ 血糖値が高いため ⑤ 膝や腰に負担がかかるため ⑥ 脳の疲れを解消するため  
⑦ 摂食障害を治すため ⑧ その他 ( \_\_\_\_\_ ) ⑨ B00CS 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？

- ① あらゆるものに挑戦した ② 1、2回は試みた ③ 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？

- ① ほぼ毎日 ② 週に数回 ③ 月に数回 ④ 以前あり ⑤ なし

(5) 食べた後に自分で吐くことがありますか？

- ① ほぼ毎日 ② 週に数回 ③ 月に数回 ④ 以前あり ⑤ なし

(おおよその期間は？： \_\_\_\_\_ 年)

(6) 今までに病気や怪我、手術などを受けたことがありますか？ ①ある ②ない

①ある、と答えた方は内容をお書き下さい。

(7) 輸血を受けたことがありますか？ ① はい ② 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？

- ① はい (病院名： \_\_\_\_\_ ) ② いいえ

(9) 何かお薬を飲んでいますか? ① はい ② 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? ①ある ②なし

(①ある方は、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?

① はい (何に?: ) ② いいえ

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

① はい (何が?: 花粉症・アトピー・喘息・じんま疹) ② いいえ

(13) 現在、ペット (犬、猫、鳥など) を飼っていますか?

① はい (室内) ② はい (室外) ③ いいえ

\* 何を飼っていますか? ( ) ( ) ( )

(14) 生理は順調ですか? (女性の方のみ)

① 順調 ② 不規則 ③ なし ※最終月経: \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日~

(15) 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? (女性の方のみ)

① いつも感じる ② 時々 ③ ほとんど感じない ④ 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?

① (A) のみあり ② (B) のみあり ③ (A) (B) 共にあり ④ なし

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

① (A) のみあり ② (B) のみあり ③ (A) (B) 共にあり ④ 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？  
 ① (A)のみあり      ② (B)のみあり      ③ (A)(B)共にあり      ④ 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？  
 ① ほぼ毎日      ② 時々ある      ③ 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？  
 ① (A)のみあり      ② (B)のみあり      ③ (A)(B)共にあり      ④ なし
- (21) 誰もいないのにヒトの声(A)や、自分のうわさ話(B) が聞こえてくることがありますか？  
 ① (A)のみあり      ② (B)のみあり      ③ (A)(B)共にあり      ④ なし
- (22) 腰の痛み(A)や、膝の痛み(B) がありますか？  
 ① (A)のみあり      ② (B)のみあり      ③ (A)(B)共にあり      ④ 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？  
 ① (A)のため使用      ② (B)のため使用      ③ (A)(B)のため使用      ④ 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？  
 ① あり (内容： )      ② なし
- (25) 現在何かお仕事をしていますか？  
 ① はい (内容： )      ② いいえ (無職・主婦・家事手伝い・学生)
- (26) 同居されている方はいらっしゃいますか？ ① 一人暮らし      ②同居者あり ( 人)  
 ②同居者ありの方は詳しい内容を下記よりお選びください。(○でかこみ人数を記入下さい)  
 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？ ① 吸う (1日 本)      ② 吸わない
- (28) 普段お酒を飲みますか？  
 ① ほぼ毎日      ② 週に数回      ③ 機会があった時のみ      ④ 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？  
 ① とても好き      ② 好き      ③ どちらでもない      ④ 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？  
① どちらかといえば和食 ② どちらかといえば洋食 ③ 同じくらい
- (31) 料理はどなたが作りますか？  
① 自分 ② 配偶者 ③ 親 ④ その他 ( )
- (32) 健康食品やサプリメントを使用していますか？  
① はい (何を : ) ② いいえ
- (33) 日頃運動の習慣はありますか？  
① ほぼ毎日やっている ② 週に数回 ③ 月に数回 ④ なし  
(何を : )
- (34) 何か楽しめる趣味をお持ちですか？ ① はい (内容 : ) ② 特になし
- (35) ご家族(親・兄弟)に糖尿病の方がおられますか？ ① はい (誰が : ) ② 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：① 健康 ② 病気治療中 ( ) ③ 死亡 ( ~の病気で)  
母親：① 健康 ② 病気治療中 ( ) ③ 死亡 ( ~の病気で)  
子供：① 健康 ② 病気治療中 ( ) ③ 死亡 ( ~の病気で)  
兄弟：① 健康 ② 病気治療中 ( ) ③ 死亡 ( ~の病気で)  
  
配偶者：① 健康 ② 病気治療中 ( ) ③ 死亡 ( ~の病気で)
- (37) あなたの血液型を教えてください。  
① A型 ② B型 ③ O型 ④ AB型 ⑤ 不明
- (38) 入院治療(短期集中型：5泊6日)を希望されますか？  
① はい ② いいえ ③ 関心はある ④ 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。