

お名前

(初産・経産) 非妊娠時体重

kg

生活習慣

1. タバコは吸いますか？
はい 1日 本位 いいえ
2. お酒は飲みますか？
毎日飲む 週3～4日飲む 週1日程度飲む
たまに飲む まったく飲まない
3. 睡眠時間は十分ですか？
満足している 睡眠不足である 特に感じない
4. 1日の生活状況は？
ほとんど座っている 座ったり立ったりが半々
歩き回ることが多い 大いに活動している
5. 働いている方・・・通勤の方法は？
徒歩 自転車 車 電車 その他

食習慣

1. 食事は1日何食ですか？
1日 回
2. 好き嫌いはありますか？
ある
(嫌いな物)
ない
3. 塩分はひかえていますか？
ひかえている ひかえていない
4. 日ごろよく取っている食品はどれですか？
主食(米食・パン・麺類) (当てはまるもの全てに)
肉類(牛肉・豚肉・鳥肉・ハム・ソーセージ)
魚類(マグロ・アジ・カレイ・その他)
卵
大豆製品(豆腐・納豆・黄な粉)
乳製品(牛乳・チーズ・ヨーグルト)
野菜(緑黄色野菜・淡黄色野菜)・果物
いも類・根菜類
海藻類・きのこ類
油脂類(バター・マーガリン・オリーブオイル)
インスタント食品・菓子類
外食 多い・少ない
5. 間食はしますか？
しない する(回 / 1週間)
間食する場合、どんなものを食べますか？
()
6. 何を飲むことが多いですか？
コーヒー 紅茶 日本茶 ハーブティー
ジュース類 水 その他()

その他、何かあればご記入下さい。

7. 特別な栄養食品をとっていますか？
とっていない
とっている
a ビタミン類()
b 健康食品()
c その他()
8. アレルギーを起こす食品はありますか？
ない ある(食品名)
ある場合、を記入して下さい。

運動習慣

1. 過去に行っていたスポーツがありますか？
ある ない
種目() 年前
種目() 年前
2. 現在行っているスポーツはありますか？
種目() 頻度 回 / 週
種目() 頻度 回 / 週
3. エアロビクスエクササイズの実験はありますか？
はい いいえ

病歴

1. 現在、何らかの病気で医療施設に通院されていますか？ はい いいえ
はい と答えた方のみお伺いします
2. どのような病気ですか？
できれば病名を書いてください。
病名()
3. 治療を受けているのはどちらの病院ですか？
病院名()
TEL()
4. 現在の症状は？
()
5. どのような治療・処置を受けていますか？
投薬 頭痛薬 血圧を下げる薬 増血剤 漢方薬
その他()
注射 その他()
6. 高血圧といわれたことがある。(140/90以上)
はい いいえ
7. 整形外科的な疾患がある。 はい いいえ
8. 血液検査で異常を指摘されたことがある。
もしくは高脂血症と診断された。
はい いいえ
9. 過去に大きな病気、ケガをしたことはありますか？
はい いいえ
病名() 年前 治癒 治療中
病名() 年前 治癒 治療中
10. 家族の方で大きな病気などにかかった方がいますか？
はい いいえ
病名() 年前 続柄()
病名() 年前 続柄()