

ダイエット外来(GLP-1) 説明書／問診票

フリガナ			生年月日
氏名	男 ・ 女		和暦 年 月 日(歳)
住所	〒 -		
電話番号		メールアドレス	@

目標体重 kg	身長 cm	体重 kg	BMI
------------	----------	----------	-----

1. これまで医療ダイエットの治療経験はありますか
いいえ ・ はい

☐ GLP-1 ダイエット(内服、注射)
☐ 食事制限(糖質制限含む)
☐ 美容外科での治療(脂肪吸引や脂肪溶解注射など)
☐ その他 ()
2. 飲酒の習慣はありますか
毎日 ・ 週に 3～4 日 ・ 週に 1～2 日 ・ ほとんど飲まない ・ まったく飲まない
3. 糖尿病あるいは糖尿病予備軍と診断されたことはありますか
いいえ ・ はい (いつ頃:)
4. 現在使用中のお薬やサプリメントがあれば教えてください
()
5. 今まで診断された／現在治療中の病気はありますか
いいえ ・ はい (病名／治療内容)
6. アレルギーはありますか
いいえ ・ はい (内容:)
7. 妊娠していますか／妊娠の希望はありますか
いいえ ・ はい
8. ページ上部の「当院での治療開始にあたりご確認いただきたいこと」を理解し承諾いただけますか
いいえ ・ はい