

徳島メディカルツーリズム事前アンケート表

患者氏名				性別	男	女
生年月日	年	月	日	年齢	歳	
身長	cm			体重	kg	

● あてはまるものを丸で囲んでください

食事	回数と時間	①1日3回規則的	②回数と時間不規則食				
	栄養バランス	①考えている	②考えていない				
	量	①腹8分目	②お腹いっぱいになるまで				
	味の好み	①薄味	②普通	③濃い味			
	食べられないもの	①ない ②ある()					
	間食	①しない	②ときどき	③週5回以上			
飲酒	回数	①飲まない	②ときどき	③週5回以上			
	お酒の種類と量						
喫煙		①吸わない	②吸う(1日 本 × 年間)				
		③過去に吸っていた(1日 本 × 年間)					
運動 (30分以上/日)	回数	①運動しない	②週1~2日	③週3日以上			
	内容						
日常生活状況		①介助無	②介助必要(②と答えた方は詳しく教えてください。)				
アレルギー反応		①なし	②あり				
		②と答えた方は詳しく教えてください					
既往歴・現病歴		なし	糖尿病	脂質異常症	高血圧	脳血管疾患	冠状動脈疾患
		心筋梗塞	心不全	不整脈	痛風	肝疾患	腎疾患
		貧血	骨粗しょう症	精神病			
		その他疾患 ()					
家族病歴		糖尿病	心血管疾患	脳血管疾患	高脂血症	高血圧	
		その他疾患 ()					

