

【ダイエットアンケート】

● 性別 男性 / 女性 お名前 _____

● 年齢 _____歳 身長 _____cm 体重 _____kg

● 体温 _____℃

Q.1 今までダイエットをした事がある はい / いいえ (_____ダイエット)

Q.2 日頃から運動していますか? はい / いいえ

どんな運動ですか? _____ を週に_____回

Q.3 前日の食事をご記入ください。(出来るだけくわしくお願いします。)

朝食	昼食	夕食	間食

Q.4 ダイエットのサプリを飲んでいますか? _____

Q.5 どのくらいの期間で痩せたいですか? _____

Q.6 1か月の予算はどのくらいで考えていますか?

① 1万円以内 ② 1~2万円くらい ③ 2万円以上

Q.7 目標体重はありますか? _____kg

Q.8 1日のおしっこの回数 _____回 1回の量が(多い ・ 少ない)

Q.9 毎日便通はありますか？ はい / いいえ

1日()回 便秘の方()日おき 週()回 月()回

下剤の服用 ある ・ なし 薬名()

●形状：バナナ ・ コロコロ ・ ドロドロ ・ ベタベタ

●浮いてくるか： はい ・ いいえ ●便器につくか： はい ・ いいえ

●色： 黒 ・ 黄色 ・ 赤色 ・ その他()

Q.10 現在治療目的でお薬を服用していますか？ はい / いいえ _____

食事について

- 食べるのが早い(30分以内)
- 夕飯の時間が遅い(夜8時以降)
- 満腹になるまで食べてしまう
- スナック菓子やインスタント食品をよく食べる
- 清涼飲料水やジュースを飲む機会が多い
- 甘いものを好んでよく食べる
- お酒をよく飲む
- 味が濃い、塩辛いものが好き
- つい間食をしてしまう

生活習慣について

- 生活リズムが不規則
- 外食をする機会が多い
- 夜寝る時間が遅い(0時以降)
- 睡眠時間が十分にとれていない(6時間以下)
- 寝る前に食べることがある
- お風呂はシャワーですませている
- 座っている時間が多い
- 喫煙している
- 体重を測る習慣がない

腸内環境について

- 大便がスッキリ出ない
- 食事は肉類が多い
- 便秘や下痢を繰り返す
- 野菜をあまり食べない
- 水分をあまりとらない
- 抗生物質を飲んでいる
- 大便やオナラが臭い
- 肌荒れや吹き出物ができやすい
- ストレス感じることが多い

体質について

- 冷えやすい
- 肩こりや腰痛がある
- よく風邪を引く
- 汗をあまりかかない
- むくみやすい
- 花粉症などアレルギーがある
- あまり食べてないのに痩せない
- 生理が不安定
- 20歳の頃より5kg以上体重が増えた