

ダイエットカウンセリングチェックシート

No. _____

住所 _____

氏名 _____

下記項目をできるだけ多く埋めてください。少しでも具体的なほうが的確なアドバイスができます。

- (1) 性別 ()
(2) 生年月日 (年 月 日)
(3) 職業を下記から選択してください。 ()
a.学生 b.会社員 c.専業主婦 d.自由業 e.経営者又は会社役員 f.フリー g.その他
(4) 職種と内容及び概ねの勤務時間帯を出来る限り具体的に教えてください。
a.具体的な職種

b.具体的な仕事内容

c.勤務時間

- (5) 身長(cm) () cm)
(6) 体重(kg) () kg)
(7) 体脂肪率(%) () %)
(8) 血圧(mmHg) (収縮期<上>: 拡張期<下>:)
(9) 各部位をメジャーで測定してください。
腹囲(へそ囲) () cm)
出来る限り息を吸ってお腹を凹ませた状態での腹囲(へそ囲) () cm)
大腿囲(太股の最も太い部位) () cm)
腕囲(腕の最も太い部位) () cm)
臀部(尻の最も太い部位) () cm)

(10)既往歴(主な病歴)と現在通院中かどうかを教えてください。

既往歴 (病名:)

通院 a.あり b.なし c.通院中 ()

(11)平熱(°C) (°C)

(12)安静時の脈拍数(目覚めて起床する前に手首又は首で60秒間測定して下さい) (回/分)

(13)家族歴(両親、兄弟姉妹の病歴) ()

(14)父親の体型(a.肥満 b.太め c.普通 d.痩せ) ()

(15)母親の体型(a.肥満 b.太め c.普通 d.痩せ) ()

(16)過去を思い出して体型と体重の経過を教えてください。

幼 児=a.肥満 b.太め c.普通 d.痩せ ()

小学生=a.肥満 b.太め c.普通 d.痩せ ()

中学生=a.肥満 b.太め c.普通 d.痩せ ()
高校生=a.肥満、b.太め c.普通 d.痩せ ()
20歳前後=a.肥満 b.太め c.普通 d.痩せ(20歳以上の方のみ) ()
3年前(kg) (kg)
2年前(kg) (kg)
1年前(kg) (kg)

(17)スポーツ経験の有無を教えてください。(有の場合には期間と種目を出来る限り具体的に)

スポーツ経歴 a.あり b.なし ()
期間=小中高及び何歳～何歳まで ()
主な種目=スポーツ種目及びスポーツクラブ等での利用エリア ()

(18)あなたの平均的な食生活に当てはまるものはどれですか？数字で選択してください。

朝食 a.概ね食べる b.全く食べない c.食べたり食べなかったり ()
昼食 a.手作り弁当 b.外食又はコンビニなどでの買食 c.自宅 d.その他 ()
夕食 a.21:00 迄に済ます b.21:00 以降又は就寝前2時間以内 ()
夜食 a.あり b.なし c.時々 ()
間食 a.あり b.なし c.時々 ()
食事の味付け a.薄味 b.普通 c.濃味 ()

好きな料理(2種類)と嫌いな料理(2種類、特になければ「なし」と記入)してください。

好きな料理 () ()
嫌いな料理 () ()

(19)平均的な就寝時間と平均睡眠時間及び平均的な起床時間を教えてください。

平均的な就寝時間 (午前・午後 時頃)
平均的な睡眠時間 (時間位)
平均的な起床時間 (午前・午後 時頃)

(20)今までにダイエット経験はありますか？ある場合にはダイエットした回数も教えてください。

ダイエット経験 a.あり b.なし ()
ダイエットした回数 (回位)



日本ダイエット健康協会