

記入日 平成 年 月 日

学童期の肥満の要因に関する質問票

氏名 _____

生年月日 _____

生下時体重 _____ g 在胎 _____ 週

	測定日	身長	体重	肥満度
現在	平成 年 月 日	cm	kg	%
過去	平成 年 月 日	cm	kg	%

食習慣について

朝食は毎日食べていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
食べる量が多いですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
給食や夕食時にお代わりしますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
揚げ物など脂っこいものは好きですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
野菜、キノコ、海藻などもよく食べますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
夕食に要する時間は何分ぐらいですか	分	
夕食後に何か食べることが多いですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
おやつの量や時間は決めていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ジュース類は毎日のように飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
外食の回数は月何回位ですか	<input type="checkbox"/> 1~2回	<input type="checkbox"/> 左記以上

生活習慣について

起床時間	午前	頃	就寝時間	午後	頃
外遊びは好きですか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
運動系の習い事をしていますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
歩いて出かけるより、車や自転車を使いますか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい		
TV,PCゲーム,DVD 合計が一日2時間以上ですか	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい		
お手伝いはよくしますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
寝る時間以外でも横になっていることが多い	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい		

家庭環境について

家族構成		
家族内肥満者の有無	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる
家族は運動好きですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

→答えていただいたチェックが右側（太枠内）についている場合は、肥満の要因の一つと考えられます。

対策については「肥満の解消法」をご覧ください。