

栄養や体型に関する問診票

氏名（ ） 記入者（ 母 父 ） 記入日（20 . . ）

以下の質問にお答えください。選択肢は当てはまるものに○をつけてください。

1. 成育歴について

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| ・ 出生時の状況 | 在胎（ 週） 体重（ g） 身長（ cm） |
| ・ 新生児～乳児健診で異常を指摘されたことは | ない ・ ある（ ） |

2. 睡眠、排泄について

- | | |
|------------------|-------------------------|
| ・ 起床/就寝の時刻 | 起床（ ） 就寝（ ） |
| ・ いびきはありますか | ない ・ 時々ある ・ ほぼ毎回ある ・ 不明 |
| ・ 睡眠中の無呼吸はありますか | ない ・ 時々ある ・ ほぼ毎回ある ・ 不明 |
| ・ 夜間はぐっすり眠れていますか | はい ・ まあまあ ・ 何度も起きる ・ 不明 |
| ・ 起床時の目覚めはどうですか | よい ・ まあまあ ・ 悪い |
| ・ 排尿、排便の回数 | 排尿（1日に 回） 排便（ 日に 回） |

3. 食事について

- | | |
|-------------------------|--|
| ・ 平均的な食事の時刻と所要時間 | 朝食（ ）（ 分間）
昼食（ ）（ 分間）
夕食（ ）（ 分間） |
| ・ 食事の量についてどう思いますか | 普通 ・ 多め ・ かなり多い ・ 少ない |
| ・ よく噛んで食べますか | はい ・ 普通 ・ いいえ（早食い） |
| ・ 給食でおかわりをすることはありますか | ない ・ 時々 ・ よくある |
| ・ 給食を残すことはありますか | ない ・ 時々 ・ よくある |
| ・ 外食やテイクアウトをすることはありますか | ない ・ 時々 ・ よくある |
| ・ 家でおかわりをすることはありますか | ない ・ 時々 ・ よくある |
| ・ 好き嫌いはありますか | ない ・ 少し ・ 多い |
| ・ 好きな食べ物、料理は何ですか | （ ） |
| ・ 嫌いな食べ物、料理は何ですか | （ ） |
| ・ 家での食事について | 和食が多い ・ 洋食が多い ・ 油っこい料理が多い
パンが多い ・ 麺類が多い ・ 肉料理が多い
総菜、レトルト、冷凍食品の利用が多い
食後でも家族が食べていると欲しがることが多い
TVやスマホなどを見ながら食べることが多い |
| ・ 主に料理を作るのはどなたですか | 母親 ・ その他（ ） |
| ・ 食事について気を付けていることは何ですか | （ ） |
| ・ 食事について改善した方がよいことは何ですか | （ ） |

4. おやつについて

- | | | | |
|------------------------|--------|------|---------|
| ・ おやつは食べますか | 食べない | ・ 時々 | ・ よく食べる |
| ・ 夕食以降におやつを食べることはありますか | 全くない | ・ 時々 | ・ よくある |
| ・ 1人で買い食いすることはありますか | 全くない | ・ 時々 | ・ よくある |
| ・ おやつはいつ食べることが多いですか | 平日 (|) | 休日 (|
| ・ よく食べるおやつは何ですか | (|) | |
| ・ よく飲むものは何ですか | (食事の時 |) | |
| | (おやつの時 |) | |

5. 体を動かすことについて

- | | | | |
|-----------------------|-------|-----------|-------|
| ・ 体を動かすことは好きですか | 好き | ・ どちらでもない | ・ きらい |
| ・ 体育の授業は普通にこなせていますか | はい | ・ 時々困難がある | ・ 困難 |
| ・ 園/学校/部活から帰宅した後の過ごし方 | 遊び (|) | |
| | 学習塾 (|) | |
| | 習い事 (|) | |
| | その他 (|) | |
| ・ TV/動画の視聴やゲームに費やす時間 | 平日 (|) | 休日 (|
| ・ 日常的にしているお手伝いは何ですか | (|) | |

6. 精神面・発達について

- | | | | |
|---------------------|----|---------|---|
| ・ 家族関係はうまくいっていますか | はい | ・ いいえ (|) |
| ・ 友人関係はうまくいっていますか | はい | ・ いいえ (|) |
| ・ 発達障害と言われたことがありますか | ない | ・ ある (|) |
| ・ 趣味や好きなことは何ですか | (|) | |
| ・ ストレスを感じていることは何ですか | (|) | |

7. 体型や体重について

- | | | | | |
|-----------------------|-------|------|---------|----------|
| ・ 家で体重をはかっていますか | 毎日 | ・ 時々 | ・ はからない | ・ 体重計がない |
| ・ 太り始めたのはいつ頃ですか | (|) | | |
| ・ 今の体型について、どう思いますか | 保護者 (|) | | |
| | 本人 (|) | | |
| ・ なぜ太っているのだと思いますか | 保護者 (|) | | |
| | 本人 (|) | | |
| ・ 今の体型で困っていることは何ですか | (|) | | |
| ・ 肥満対策で気をつけていることは何ですか | (|) | | |

8. ご家族の生活習慣病について

- | | |
|----------------------|--|
| ・ ご家族に以下の方はいらっしゃいますか | 肥満・高血圧・糖尿病・肝臓病・痛風・高脂血症・脳卒中
心筋梗塞/狭心症・睡眠時無呼吸症候群・突然死 |
|----------------------|--|