

ID _____ 名前 _____ 日付 _____

身長 (cm) ()
体重 (kg) ()
BMI (kg/m²) (自動計算します。未記入でいいです)

いずれかに○を付けて下さい

肥満合併症疾患	糖尿病	あり	なし
	脂質異常症	あり	なし
	高血圧	あり	なし
	高尿酸血症	あり	なし
	冠動脈疾患	あり	なし
	脳梗塞	あり	なし
	脂肪肝	あり	なし
	月経異常	あり	なし
	睡眠時無呼吸症候群	あり	なし
	運動器疾患	あり	なし
	肥満関連腎臓病	あり	なし

悪性疾患	大腸がん	あり	なし
	食道腺がん	あり	なし
	子宮体がん	あり	なし
	膵臓がん	あり	なし
	腎臓がん	あり	なし
	乳がん	あり	なし
	肝臓がん	あり	なし

良性疾患	胆石症	あり	なし
	静脈血栓症	あり	なし
	気管支喘息	あり	なし
	皮膚疾患	あり	なし
	男性不妊	あり	なし
	胃食道逆流症	あり	なし
	精神疾患	あり	なし

高度肥満症健康障害	心不全	あり	なし
	呼吸不全	あり	なし
	静脈血栓症	あり	なし
	睡眠時無呼吸症候群	あり	なし
	肺胞低換気症候群	あり	なし
	運動器疾患	あり	なし