

ダイエット整体問診票

氏名

ダイエットの目標期限（何か月後、春までに 等）							
ダイエットの目的（イベントがあるから・健康の為・着たい服がある 等）							
特に気になる場所（お腹・二の腕・ふくらはぎ 等）							
今まで行ったダイエットはありますか？上手いかなかった原因は？							
現在の体重	kg	身長	cm	体脂肪率	%	ウエスト周囲径	cm
目標の体重	kg	身長	cm	体脂肪率	%	ウエスト周囲径	cm

<p>食事の時間</p> <p><input type="checkbox"/>規則的 <input type="checkbox"/>不規則</p>	<p>食事はよく噛みますか</p> <p><input type="checkbox"/>よく噛む <input type="checkbox"/>あまり噛まない</p>
<p>食事の量</p> <p><input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない</p>	<p>1日に何回くらい間食を撮りますか</p> <p><input type="checkbox"/>間食は摂らない <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回以上</p>
<p>食事にかかる時間</p> <p><input type="checkbox"/>10分以内 <input type="checkbox"/>15分～30分 <input type="checkbox"/>30分以上</p>	<p>食事の形態は</p> <p><input type="checkbox"/>自炊が多い <input type="checkbox"/>既製品が多い <input type="checkbox"/>外食が多い</p>
<p>食事前にお腹がすきますか</p> <p><input type="checkbox"/>いつも <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>あまり</p>	<p>好き嫌い</p> <p><input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p>
<p>運動について</p> <p><input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>全く</p>	<p>その他気になる事があればお書きください</p>
<p>毎日、時々するとお答えの方にお聞きします</p> <p>運動はいつしていますか</p> <p><input type="checkbox"/>朝食前 <input type="checkbox"/>昼間 <input type="checkbox"/>就寝前</p>	