

年 月 日

摂食障害質問票

名前				性別	
生年月日	年 月 日 (歳)				
連絡先①メールアドレス					
連絡先②電話番号					
身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m ²
最初に食事の問題が起ったのは何歳頃ですか (歳頃)					
これまでの最高体重	kg (歳頃)				
これまでの最低体重	kg (歳頃)				
入院経験の有無	有・無	入院回数	回くらい		
摂食障害で通院中の医療機関はありますか。 (はい ・ いいえ)					
はいの方のみ、通院先の医療機関名					
いつから通院していますか	年 月 から				
どのような治療を受けていますか □に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 精神療法/カウンセリング <input type="checkbox"/> 薬物療法 (お薬名 :) <input type="checkbox"/> その他 ()				

ご協力いただきましてありがとうございました。