

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こ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。