

體重控制治療

“體重及治療計劃的自我評估”

基本資料

性別：男_____ 女_____

電話：_____

E-mail：_____

年齡：_____ (年)

自覺體重過重多久：_____ 年

體重：_____ Kg (公斤) 身高：_____ M(公尺)

腹圍_____ 公分、臀圍_____ 公分

體質讓指數(BMI)_____

自覺體重目標：_____ Kg (公斤)

如果BMI=21體重應該為：_____ Kg (公斤)

腰圍/臀圍比 過高: 女性 : () ≥ 0.85 男性 : () ≥ 1.0

現有使用藥物:

糖尿病相關藥物 否 () 有 ()

甲狀腺相關藥物 否 () 有 ()

高血壓相關藥物 否 () 有 ()

抗凝血劑相關藥物 否 () 有 ()

免疫抑制相關藥物 否 () 有 ()

現有疾病:

甲狀腺腫瘤_____、甲狀腺癌_____、

糖尿病_____、糖尿病前期_____、高血壓_____、

多囊性卵巢症候群_____、高胰島素血症_____、

糖唐耐受性不良_____、

高血脂肪/高膽固醇_____、心臟病_____、

中風病史_____。

