



中華民國肥胖研究學會
115 年度肥胖醫學核心課程
肥胖個案管理

分區：北區 中區 南區

會員編號：

姓名：



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 4.弟:____人 / 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 5.姐:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 6.妹:____人/ 肥胖:____人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:____% 蛋白質:____% 脂肪:____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 4.弟:___人 / 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 5.姐:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 6.妹:___人/ 肥胖:___人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:_____% 蛋白質:_____% 脂肪:_____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 4.弟:____人 / 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 5.姐:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 6.妹:____人/ 肥胖:____人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:____% 蛋白質:____% 脂肪:____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 4.弟:___人 / 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 5.姐:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 6.妹:___人/ 肥胖:___人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:_____% 蛋白質:_____% 脂肪:_____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 4.弟:____人 / 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 5.姐:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 6.妹:____人/ 肥胖:____人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:____% 蛋白質:____% 脂肪:____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 4.弟:___人 / 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 5.姐:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 6.妹:___人/ 肥胖:___人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:_____% 蛋白質:_____% 脂肪:_____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 4.弟:____人 / 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 5.姐:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 6.妹:____人/ 肥胖:____人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:____% 蛋白質:____% 脂肪:____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 4.弟:____人 / 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 5.姐:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 6.妹:____人/ 肥胖:____人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:____% 蛋白質:____% 脂肪:____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 4.弟:___人 / 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 5.姐:___人/ 肥胖:___人 <input type="checkbox"/> 6.妹:___人/ 肥胖:___人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類: _____% 蛋白質: _____% 脂肪: _____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

115 年度肥胖醫學核心課程 肥胖個案管理

一、基本資料				初診日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 0.女 <input type="checkbox"/> 1.男	年齡		班別	<input type="checkbox"/> 0.無上班 <input type="checkbox"/> 1.常日 <input type="checkbox"/> 2.輪班		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 4.專科 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.研究所或以上						
職業	<input type="checkbox"/> 1.學生 <input type="checkbox"/> 2.家管 <input type="checkbox"/> 3.農 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.公 <input type="checkbox"/> 7.醫療 <input type="checkbox"/> 8.服務業 <input type="checkbox"/> 9.其他:_____						
女性專區	(A)生育狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，幾胎：_____ (B)停經與否： <input type="checkbox"/> 0.否 <input type="checkbox"/> 1.是，已停經						
疾病史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
慢性用藥	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.有，請自述:						
肥胖家族史	<input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.兄:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 4.弟:____人 / 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 5.姐:____人/ 肥胖:____人 <input type="checkbox"/> 6.妹:____人/ 肥胖:____人						

二、生活工作型態	
1.抽菸習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	4.每天平均工作時數為幾小時？_____ 小時/天
2.檳榔習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	5.平均每天睡眠時間為幾小時：_____ 小時/天
3.喝酒習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.過去有，已戒除	6.是否有運動習慣： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.曾經有，現在無

三、體重管理處方及理學生化檢查									
週次/日期	W0-	W1-	W2-	W3-	W4-	W5-	W6-	W7-	W8-
飲食處方	熱量建議: _____大卡 醣類:____% 蛋白質:____% 脂肪:____%								
運動處方	運動項目: _____ 每一次時間: _____ 頻率(每週次數): _____								
身高(CM)									
體重(Kg)									
體脂率(%)									
BMI									
腰圍(CM)									
黑色棘皮症(AN)									
血壓(收縮/舒張)									
慣用手-握力									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
HOMA-IR		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	