



中華民國肥胖研究學會  
114 年度肥胖醫學核心課程  
肥胖個案管理

分區：北區 中區 南區

編號：

姓名：





中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	





中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	



中華民國肥胖研究學會

114 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、理學檢查									
週次	W0	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
日期									
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)									
AC		--	--	--	--	--	--	--	
Cholesterol		--	--	--	--	--	--	--	
Triglyceride		--	--	--	--	--	--	--	
HDL		--	--	--	--	--	--	--	
LDL		--	--	--	--	--	--	--	
Uric Acid		--	--	--	--	--	--	--	
GOT		--	--	--	--	--	--	--	
GPT		--	--	--	--	--	--	--	
Creatinine		--	--	--	--	--	--	--	
e-GFR		--	--	--	--	--	--	--	
Insulin		--	--	--	--	--	--	--	
TSH		--	--	--	--	--	--	--	