

紹介元医療機関の医師がご記入ください。

沖縄県立八重山病院

肥満症治療外来紹介状

年 月 日

患者氏名 _____ 様 (男性・女性) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ kg/m² ウエスト周囲長 _____ cm

患者様にご了承を頂きたい事項について、ご確認頂けましたらチェックをお願い致します。

- 当院での減量は6ヶ月間の食事運動療法から開始となります。(2ヶ月毎の栄養指導を含む。)
 薬物治療を希望される場合、6ヶ月間の食事運動療法後に導入を検討致します。

◆肥満に関する11の健康障害の合併状況にチェックをお願いします。(分かる範囲で構いません。)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 耐糖能障害
(2型糖尿病・耐糖能異常など) | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 | <input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作 | <input type="checkbox"/> 運動器疾患
(変形性関節症：膝・股・手指関節、変形性脊椎症) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患 | <input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊 | |

これより下は貴院の診療情報提供書書式での記載、別紙添付でも構いません。

◆これまでの貴院での治療経過をご記載下さい。

◆現在の治療薬をご記載下さい。

◆当院への希望事項、その他の特記事項があればご記載下さい。

紹介元医療機関 住所 _____ 診療科 _____
施設名 _____ 医師名 _____