

肥満症内科診療紹介状

薬物療法目的でご紹介いただく方はこちらの用紙をご記入ください

浜松医科大学附属病院

内分泌代謝内科 担当医御侍史

医療機関名

医師名

TEL

下記の方を減量・代謝改善目的にてご紹介申し上げます。

患者氏名 身長 c m 体重 kg

患者住所 電話番号

生年月日 年 月 日生 (歳) BMI kg/m²

家族歴 既往歴

✓ 合併疾患

高血圧 脂質異常症 2型糖尿病

上記に対する薬物療法

(ない場合は当院での診療は現時点ではお断りしております)

✓ BMI 27以上35未満の方は肥満に関連する健康障害の合併状況

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など) | <input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 運動器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 | <input type="checkbox"/> 肥満関連腎症 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作 | <input type="checkbox"/> なし |

✓ 現在までの食事・運動療法の状況および現在までの治療歴

食事 なし あり (実施時期: ~)

運動 なし あり (実施時期: ~)

治療歴

✓ 確認事項

薬物治療開始前に最低6ヵ月以上の食事療法、運動療法の実践が必要なことを (患者さんが) 了解しています

✓ 上記以外に罹患している疾患の治療状況について別紙記載

なし あり

薬物適応外の場合はお断りさせていただく場合があります。

ご了承ください。