

ご紹介患者様診療申込票・診療情報提供書

※貴院の紹介状フォーマットをご使用されても問題ございません

年 月 日	紹介元医療機関 福山循環器病院 地域医療連携室 TEL:084-931-1112 FAX:084-929-1140
	医師名 TEL FAX ※FAX番号は必ずご記入ください

センター名	肥満症外来	医師名	後藤賢治 医師
ふりがな	性別	生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)
患者氏名	男・女		
住所	〒		
連絡先	自宅()ー()ー() 携帯電話()ー()ー()		
当院受診歴	あり · なし · 不明	旧姓()	※重複登録防止のため
第1希望	年 月 日 (月・火・金曜日)		
第2希望	年 月 日 (月・火・金曜日)		
<input type="checkbox"/> いつでもかまわない			

※予約状況によっては、先のご予約になってしまう場合もあります。

◎事前チェックシート(記載の上、FAXをお願いいたします)

身長 ()cm	体重 ()kg	BMI ()kg/m ²
(該当するものすべてにチェックしてください)		
<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・不妊	
<input type="checkbox"/> 高血圧	<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"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病	
<input type="checkbox"/> 運動器疾患(変形性関節症:膝関節・股関節・手指関節・変形性脊椎症など)		

(現在までの薬物療法の状況)

*高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<【薬剤名】>
*脂質異常症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<【薬剤名】>
*2型糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<【薬剤名】>
*その他 ()		<input type="checkbox"/> あり	<【薬剤名】>

(妊娠および妊娠の可能性について)

<input type="checkbox"/> 現在妊娠中、または妊娠の可能性あり
<input type="checkbox"/> 今後、妊娠を予定している
<input type="checkbox"/> なし

(症状経過・治療の経過) ※未記入でもかまいません

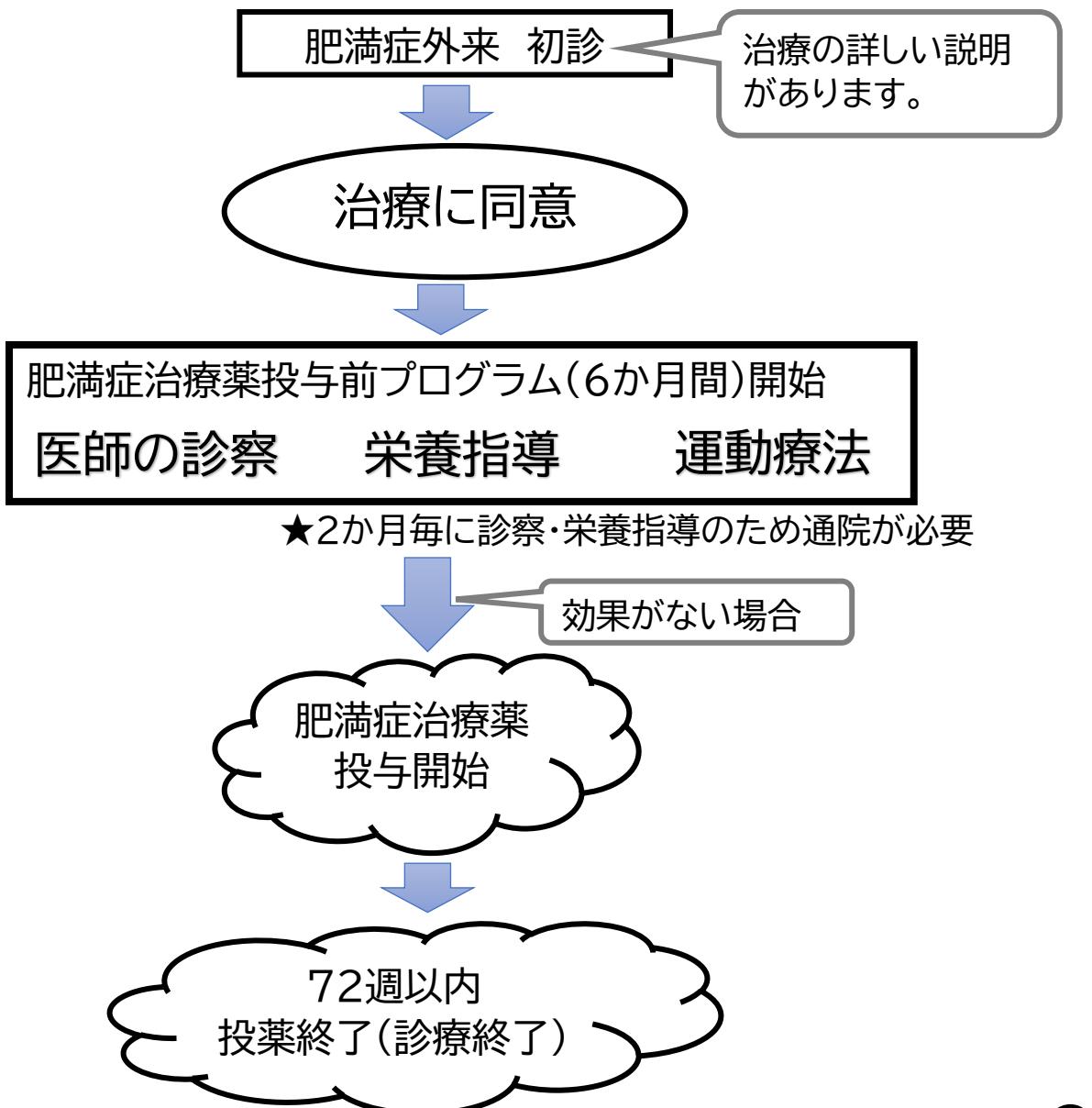
*肥満症の診断時期(歳頃 又は 年頃)	
*治療経過	
[]	

【受付時間:月曜日～金曜日 8:30～17:00 時間外のFAXは、翌診療日の対応になります。】

ご紹介いただいた患者さんが受診した後に、当院から診療情報提供書を送付させていただきます。(ご不要であれば、チェックを入れてください。□)

肥満症外来の流れ

※肥満症外来は、条件を満たしている方が対象になります。



【ご留意いただきたい点】

- ①抗肥満症薬開始前6か月間の栄養指導・運動療法が必要です。
- ②抗肥満症薬投与開始時に、高血圧又は脂質異常症の内服治療されている方が対象です。

おおよその治療費用

項目	3割負担の方	2割負担の方	1割負担の方
月あたりの治療費	約1万円/月	約6千円/月	約3千円/月

※その他検査や薬剤、療養上の指導等については別途費用が必要になります。