

【減量支援外来用】診療情報提供書(紹介状)

神戸市立医療センター西市民病院
糖尿病・内分泌内科 担当医 先生

医療機関名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
医師名	(申込担当:)		

フリガナ				性別		和歴	
患者氏名 (旧姓:)	生年月日		年	月	日		
	当院受診歴		<input type="checkbox"/> 有(ID:)	<input type="checkbox"/> 無			
電話番号 (必ず連絡がつく番号)	携帯電話	-	-	/	ご自宅 ()	-	
住所	〒 -						
診断名	肥満症		主訴				
紹介目的	減量支援外来						
希望日時	第1希望 (月 日 / 曜日			第2希望 (月 日 / 曜日			

体格 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____

- 肥満に関連する健康障害
- 耐糖能障害(2型糖尿病など)
 - 高血圧症
 - 冠動脈疾患
 - 非アルコール性脂肪性肝疾患
 - 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
 - 運動器疾患
 - 脂質異常症
 - 高尿酸血症・痛風
 - 脳梗塞
 - 月経異常・不妊
 - 肥満関連腎臓病

現在の薬物療法 別紙参照
 直接記載: _____

妊娠および妊娠の可能性 現在妊娠中または妊娠の可能性あり 今後妊娠を予定している
 なし

西市民病院への受診後、肥満症および関連疾患の診療について、該当するものにチェックしてください。
 (減量支援専門外来となりますので、西市民病院では肥満症診療以外の薬物療法は処方いたしません)

- 貴院での対応完了後、ただちに当院への逆紹介が可能・希望
- 安定後の逆紹介が可能・希望
- 患者さんとの相談で決めてください
- 安定後の逆紹介は不要

連絡先	神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室
	FAX: 078-579-1943
	<受付時間>月曜日～金曜日:9時00分～19時00分 土曜日:9時00分～13時00分