

# 診療情報提供書 兼 受診予約申込書

 緊急

送信先	( 送信日 年 月 日 )
-----	---------------

送信元	
医療機関名	
所在地	
電話番号	FAX 番号
医師氏名	

松山市民病院 肥満症治療外来

担当医先生 侍史

フリガナ		性別	受診歴	有 ・ 無	旧姓	
氏名		男 ・ 女	診察券番号			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日( 歳)		受診希望日時			
住所	〒		① 年 月 日( ) 午前・午後 時頃			
電話			② 年 月 日( ) 午前・午後 時頃			
携帯			③ 年 月 日( ) 午前・午後 時頃			
( 1. 上記日時を希望 2. いつでも可 )						

傷病名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 肥満症治療 <input type="checkbox"/> 薬物治療の検討 <input type="checkbox"/> 手術適応の相談 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群の検査・治療 <input type="checkbox"/> その他合併症評価 <input type="checkbox"/> 二次性肥満の除外 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪量評価(CT) <input type="checkbox"/> 受診時決定で良い <input type="checkbox"/> その他 ( )					
既往歴						
病状経過 治療経過	身長 cm、体重 kg、BMI kg/m <sup>2</sup>					
	肥満に関連する健康障害 (分かってい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"/> 非アルコール性脂肪肝疾患(NAFLD) <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(OSAS) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 <input type="checkbox"/> 運動器疾患:変形性関節症(膝・股関節・手指)・変形性脊椎症 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患・心筋梗塞・狭心症 <input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳血栓症・一過性脳虚血発作(TIA)					
	現在までの薬物療法の状況 (薬剤名は省略可です) 高血圧症 <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 ( ) [(薬剤名) ]					
処方	<input type="checkbox"/> お薬手帳あるいは薬剤情報を参照 <input type="checkbox"/> 備考欄に記載					

被保険者氏名	本人・家族	保険者番号	
記号・番号		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
公費負担者番号	公費負担者番号	入院中 ( <input type="checkbox"/> DPC )	
受給者番号	受給者番号	外来通院中	
保険適応外	妊娠 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他 ( )		

**症状経過・治療経過**（未記入でも構いません）

肥満症の診断時期： \_\_\_\_\_ 歳頃、 \_\_\_\_\_ 年頃

当院での治療経過の概要

**備考**

**貴院（松山市民病院）受診後**

肥満症および関連する健康障害（高血圧・脂質異常症・2型糖尿病）を除く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。

- 貴院での対応完了後、直ちに当院（紹介元）への逆紹介が可能・希望
- 安定後の逆紹介が可能・希望
- 患者さまとの相談で決めて良い
- 安定後の逆紹介不要

**処方**