

診療情報提供書

紹介状とは別に下記の診療情報をご提供いただきますよう、お願いいたします。

患者氏名	医療機関・診療科名	
	担当医師名	

1. 現在の身長、体重、BMI

身長	体重	BMI
cm	kg	

2. 食事が最初に減り始めた時期、又は体重が減り始めた時期

食事が最初に減り始めた時期	または	体重が減り始めた時期
年 月頃		年 月頃

3. 2で回答した時期の直前（病前）の身長、体重、BMI

身長	体重	BMI
cm	kg	

4. 直近の3ヶ月～半年間の体重の変動

半年前	または	3ヶ月前
kg		kg

5. 直近の2週間の体重の変化

2週間前
kg

6. 現在の症状

食事量、食事内容 (特に糖質の摂取状況)	
過食・嘔吐の有無と回数	
下剤等の薬剤の使用状況	

7. 血液検査について (BMI が 14 未満の方のみ)

※採血結果の情報提供をお願いいたします。その際、リン、マグネシウム、血糖を必ず入れてください。

入院（転院）を検討されている場合、下記の情報についても情報提供をお願いいたします。

8. 本人の入院同意の有無

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 葛藤している	<input type="checkbox"/> 拒否
-----------------------------	---------------------------------	-----------------------------

9. 家族（続柄）の入院同意の有無（18歳未満の場合は両親の同意が必要です）

<input type="checkbox"/> あり	続柄_____	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	---------	-----------------------------

10. 入院歴（科、病院名、回数）

病院名	診療科名	回数