肥満症診療紹介状

　年 　　月 　　日

静岡県立総合病院 　（ 　　　　　　　　　　　先生）

医療機関名

医師名

TEL

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　（男性・女性）　　生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　日（　　　　　　歳）

患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 さ

身長　　　　　　　　　　　　cm 　　 　体重　　　　　　　　 　 kg　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　 さ

既往歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 さ

下記の患者様をご紹介します。

該当するものに☑をお願いします。

* BMI27kg/㎡以上である。
* 高血圧、脂質異常症、または2型糖尿病に対して、薬物療法が行われている。

※妊婦および挙児希望の女性は薬物療法の適応となりません。

* BMI27kg/㎡以上35kg/㎡未満である。
* BMI35kg/㎡以上である。

下記肥満関連の健康障害を2つ以上有している。

※該当するものに☑をつける。

□ 耐糖能障害　　□ 脂質異常症　　□ 高血圧

□ 高尿酸血症・痛風　　□ 冠動脈疾患　　□ 脳梗塞

□ 非アルコール性脂肪性肝疾患　　□ 月経異常・女性不妊

□ 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　　□ 肥満関連腎臓病

※1項目のみの方は薬物療法の対象外です。

高血圧、脂質異常症または2型糖尿病治療に対する薬物療法の有無

□ なし

□ あり(薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)