

減量治療センター 紹介事前チェックシート（FAX 送信票）

【宛先】NHO 東近江総合医療センター 地域医療連携室 行(FAX: 0748-22-5626)

患者様をご紹介するにあたり、以下の通り状況をお知らせいたします。

1. 紹介基準の確認(すべてチェックがあることをご確認ください)

- ☐ 必須疾患: 高血圧、脂質異常症、2 型糖尿病のいずれか 1 つ以上がある
- ☐ 体格基準: 「BMI 35 以上」または「BMI 27 以上 + 肥満関連健康障害 2 項目以上」
- ☐ 意欲・同意: 患者本人が「6 ヶ月間の非薬物療法(2 ヶ月に 1 回以上の栄養指導)」を必須とする治療方針に同意している

2. 患者基本情報

- ・ 氏名: _____ (男 ・ 女) 年齢: _____ 歳
- ・ 身長: _____ cm / 体重: _____ kg / BMI: _____

3. 肥満に関連する健康障害(該当するものに☑と内容を記入)

該当	項目	現在の治療内容・薬剤名等
☐	2 型糖尿病・耐糖能異常	
☐	脂質異常症	
☐	高血圧	
☐	高尿酸血症・痛風	

該当	項目	現在の治療内容・薬剤名等
☐	冠動脈疾患(心筋梗塞等)	
☐	脳梗塞・TIA	
☐	非アルコール性脂肪性肝疾患	
☐	月経異常・女性不妊	
☐	睡眠時無呼吸症候群・低換気	(☐ CPAP 使用中)
☐	運動器疾患(膝・腰等)	
☐	肥満関連腎症	

4. 自由記述欄(既往歴、精神疾患の有無、特に伝えたい事項等)

【紹介元医療機関名】 _____

【主治医氏名】 _____ 【電話番号】 _____