**診療情報提供書（下記情報が含まれていれば貴院書式でもかまいません）**

弘前大学医学部附属病院　内分泌内科、糖尿病代謝内科　糖尿病新患担当医　宛

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元  医療機関名 |  |
| 診療科名・  医師氏名 |  |

紹介方法など事前のお問い合わせは内分泌内科、糖尿病代謝内科外来へお願いいたします。

TEL：0172-39-5249（直通）（月-金　9-17時）、Fax：0172-39-5338（総合患者支援センター）

|  |
| --- |
| ふりがな  患者氏名 |
| 生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　歳）　　　　　□男　□女 |
| * 当科からの連絡時のご希望（時間帯、固定電話・携帯など）（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

□紹介目的：肥満症の減量治療

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

1. **患者の要件のうち該当するもの（該当項目の□にチェックをつけてください）**

(いずれか1つ以上で内服治療中であることが必須、該当する全ての内服薬を記載してください)

＊内服中薬剤は別紙添付でもかまいません

☐　高血圧症　　内服薬【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

☐　脂質異常症　内服薬【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

☐　２型糖尿病　内服薬【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

1. **下記のどちらかを満たすもの（該当項目の□にチェックをつけてください）**

**☐　BMIが35 kg/㎡以上**

**☐　BMIが27 kg/㎡以上35 kg/m2未満であり、①以外の1つ以上の肥満に関連する健康障害を有する。**

☐　耐糖能異常(2型糖尿病・耐糖能異常など)　☐　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　□　運動器疾患（変形性膝関節症など）☐　肥満関連腎症

|  |
| --- |
| 病歴、既往歴、検査結果等の診療情報を可能な範囲でご記載下さい。 |

※1　健康障害を有しない**「肥満」**は当院での薬物療法や手術適応にはなりません。

※2　保険診療での肥満手術治療適応は、BMI 32 kg/m2以上の肥満症症例になります。ただし、肥満手術治療適応については、肥満症・栄養治療センターでのカンファレンスにて決定いたします。条件を満たす方であっても適応にならない場合がありますのでご了承ください。