



熊本中央病院 肥満症外来 予約申込書

FAX送信先：熊本中央病院 医事課 予約センター 宛

総合受付FAX：096-370-4006

【対象患者】 15歳以上 BMI 27kg/m²以上 肥満症治療を希望される方

■患者基本情報

年 月 日

フリガナ 氏名	様			生年月日	年	月	日
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	身長	cm	体重	kg
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話：						

■受診希望日

第1希望： 年 月 日 () 第2希望： 年 月 日 ()
第3希望： 年 月 日 () 第4希望： 年 月 日 ()

■紹介目的 (該当項目に✓)

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肥満症精査 | <input type="checkbox"/> 二次性肥満評価 |
| <input type="checkbox"/> 肥満症治療希望 | <input type="checkbox"/> 体組成評価 |
| <input type="checkbox"/> GLP-1/GIP治療希望 | <input type="checkbox"/> その他 () |

■肥満関連健康障害 (該当項目に✓、わかる範囲でお願いします)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 薬あり) | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 | <input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (SAS) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (<input type="checkbox"/> 薬あり) | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 | <input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 薬あり) | <input type="checkbox"/> MASLD (脂肪関連肝疾患) | <input type="checkbox"/> 運動器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 月経異常・不妊 | |

■紹介元医療機関

医療機関名			
医師名	先生		
TEL		FAX	

※当院肥満症外来では、①二次性肥満の評価、②体組成評価、③食行動評価、④肥満関連健康障害の評価、⑤薬物療法導入および調整を行います。糖尿病・高血圧・脂質異常症等の日常診療につきましては、原則として紹介元医療機関での継続診療をお願いいたします。

患者様にご了承を頂きたい事項について、ご確認頂けましたらチェックをお願い致します。

- 薬物治療を希望される場合、6ヶ月間の食事・運動療法後に導入を検討致します。なお、睡眠時無呼吸症候群の有無などによって、食事・運動療法の期間が短くなる場合もあります。

この他の必要な情報は、貴院の診療情報提供書を添付してください。
予約に関しましては、本日中にFAXにて回答致します。

【医事課・外来記載欄】

ID： -

予約日時： 年 月 日 () 8時 30分

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 予約日 再調整連絡 |
| <input type="checkbox"/> 予約日決定 |
| <input type="checkbox"/> 患者様へ連絡済 |
| <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ連絡済 |