

仙台赤十字病院 減量サポート外来専用  
診療情報提供書

先生

紹介元医療機関

医療機関名

医師名

住所

下記患者様をご紹介申し上げます。ご高診賜りますよう、お願い申し上げます。

患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	身長	cm	体重	kg
生年月日	年 月 日生( 歳)	BMI	kg/m <sup>2</sup>	ウエスト 周囲長	cm	

## 肥満に関連する11の健康障害の合併状況

<input type="checkbox"/> 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常 など)	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	<input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> 運動器疾患 変形性関節症: 膝関節・股関節 手指関節、変形性脊椎症
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患	<input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊	

高血圧、脂質異常症または  
2型糖尿病に対する薬物療法の有無

<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり(下記に薬剤名を記載)

## 現在までの食事・運動療法の状況

食事療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施時期 ( 年 月 ~ 年 月頃)
運動療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施時期 ( 年 月 ~ 年 月頃)

## 二次性肥満\*への該当状況

スクリーニングの 実施有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(検査データ添付)	
二次性肥満の 有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 内分泌性肥満 <input type="checkbox"/> 遺伝性肥満 <input type="checkbox"/> 視床下部性肥満 <input type="checkbox"/> 薬剤性肥満

※二次性肥満の場合は、これらの原疾患の治療を優先ください。  
(詳細に関しては下記のガイドラインをご参照ください)

## 上記以外に罹患している疾患の治療状況

--

## その他の特記事項

--