

## 肥満症診療紹介状

年 月 日

富士宮市立病院 循環器内科御中

医療機関名

医師名

TEL

下記の方をご紹介申し上げます。ご高診賜りますようお願いいたします。

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

患者住所 \_\_\_\_\_

必要情報は以下のとおりです。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

該当するものに☑をお願いします。

- BMI 27 kg/m<sup>2</sup>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。  
 (女性のみ) 妊婦、挙児希望ではない。

肥満症以外に罹患している疾患の管理状況

その他の特記事項

現在の処方薬