

診療情報提供書 貴院の書式でも構いません。



福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学 新患外来担当医 宛

年 月 日

名刺を貼付頂いても結構です。

紹介元 医療機関名	
所在地	
TEL () - FAX () -	
診療科名・ 医師氏名	

福島県立医科大学附属病院

＜患者サポートセンター外来予約担当＞

FAX 024 (547) 1075

TEL 024 (547) 1074

予約申し込み受け付け時間

月～金曜日 9:00～19:00

土曜日 9:00～12:00

紹介方法など事前のお問い合わせは、糖尿病内分泌代謝内科新患担当宛 お気軽にご相談下さい。

電話 024-547-1306 (月-金 9時-17時)、FAX 024-547-1311、dem@fmu.ac.jp

ふりがな	
患者氏名	様
生年月日： 年 月 日生 (歳)	☐ 男・ ☐ 女
ご住所：〒	
ご連絡先 (いずれかで可)：携帯 () -	TEL () -
※連絡する際の希望 (時間帯、自宅・携帯など) ()	

■紹介目的 以下該当する項目にチェックしてください。

□肥満症の減量目的

□1. BMI ≥ 35 の場合

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、睡眠時無呼吸症候群のいずれかを合併している方

□2. BMI 32～34.9 の場合 (□糖尿病^{※1}、□高血圧症^{※2}、□脂質異常症^{※3}、□睡眠時無呼吸症候群^{※4} のうち、2つ以上を合併している方)

^{※1} HbA1c が 8.0%以上 ^{※2} 6ヶ月以上の薬物治療で管理困難 (収縮期血圧 ≥ 160 mmHg)

^{※3} 6ヶ月以上の薬物治療で管理困難 (LDL-C ≥ 140 mg/dL または non-HDL-C ≥ 170 mg/dL)

^{※4} 無呼吸・低呼吸指数 AHI 30 以上の重症のもの

ご要望：

■肥満外来は、毎週火曜日に診療を行います。手術適応は、外科をはじめ関係各科とのカンファレンスで決定しますので、上記条件を満たす方でも適応とならない場合があることをご承知おきください。

■備考：病歴、既往歴、検査結果、処方等の診療情報がございましたら、可能な範囲でご記載あるいは添付下さい。当科受診日まで郵送、Fax あるいは受診当日患者様持参でも構いません。