

肥満症治療の紹介状

保険適用のある患者様に限って、診療を致します。

つきましては、チェックボックスにチェックの上、ご紹介をお願い申し上げます。

対象となる方（保険適用の条件）

☐ 高血圧または脂質異常症の薬物治療を受けている
上記に加えて

☐ BMIが35 kg/m²以上

または

☐ BMIが27kg/m²以上

● 下記の疾患の内、2つ以上がある

☐ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など) ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症

☐ 高尿酸血症・痛風 ☐ 冠動脈疾患 ☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

☐ 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・肥満低換気症候群 ☐ 肥満関連腎臓病

☐ 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)

☐ 必ず、紹介患者さんに同意を頂いて下さい

- ・ 肥満症以外の治療は、かかりつけ医にて診察をお願いします。
- ・ 薬物療法を行う際は当院での複数回の栄養指導が必要になります。
また、薬物治療開始まで最低6ヶ月の期間が必要になります。
- ・ 薬物療法開始後も治療継続のために、2ヶ月毎の栄養指導が必須です。
- ・ 薬物療法は最長で72週までです。（目的が達成されれば、早期終了もあります）

診察日・予約方法・持参物

第2,4週水曜日（予約制） 担当医:循環器内科 東福 勝徳

● **予約方法：電話予約（0994-45-5278）後、**

この紹介状を予約専用FAX(0994-45-5259)へ送信をお願い致します。

・ 診療には検査、栄養指導も含めて2時間ほど掛かります。

・ 血液検査も行いますので、診察前の食事は摂らずにお越し下さい。

持参物：お薬手帳（使用している薬が分かる物）、マイナンバーカードまたは資格確認書、紹介状

フリガナ

患者氏名：

生年月日：

患者連絡先電話番号：

紹介元医療機関名：

医師名：