紹介状とは別に下記の診療情報をご提供いただきますよう、お願いいたします。

別紙１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 医療機関・診療科名 |  |
|  |  | 担当医師名 |  |

|  |
| --- |
| 情報提供書 |

1. 現在の身長、体重、ＢＭＩ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身長 | 体重 | ＢＭＩ |
| cm | kg |  |

1. 食事量が最初に減り始めた時期、又は体重が減り始めた時期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食事量が最初に減り始めた時期 | また | 体重が減り始めた時期 |
| 年　　　月頃 | 年　　　月頃 |

1. ２で回答した時期の直前（病前）の身長、体重、BMI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身長 | 体重 | ＢＭＩ |
| cm | kg |  |

1. 直近の3ヶ月～半年間の体重の変動

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 半年前 | または | 3ヶ月前 |
| kg | kg |

1. 直近の2週間の体重の変化

|  |
| --- |
| 2週間前 |
| kg |

1. 現在の症状

|  |  |
| --- | --- |
| 食事量、食事内容  （特に糖質の摂取状況） |  |
| 過食・嘔吐の有無と回数 |  |
| 下剤等の薬剤の使用状況 |  |

1. 血液検査について（BMIが14未満の方のみ）

　※採血結果の情報提供をお願いいたします。その際、リン、マグネシウム、血糖を必ず入れてください。

入院（転院）を検討されている場合、下記の情報についても情報提供をお願いいたします。

1. 本人の入院同意の有無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □あり | □葛藤している | □拒否 |

1. 家族（続柄）の入院同意の有無（18歳未満の場合は両親の同意が必要です）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □あり | 続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | □なし |

1. 入院歴（科、病院名、回数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 | 診療科名 | 回数 |
|  |  |  |