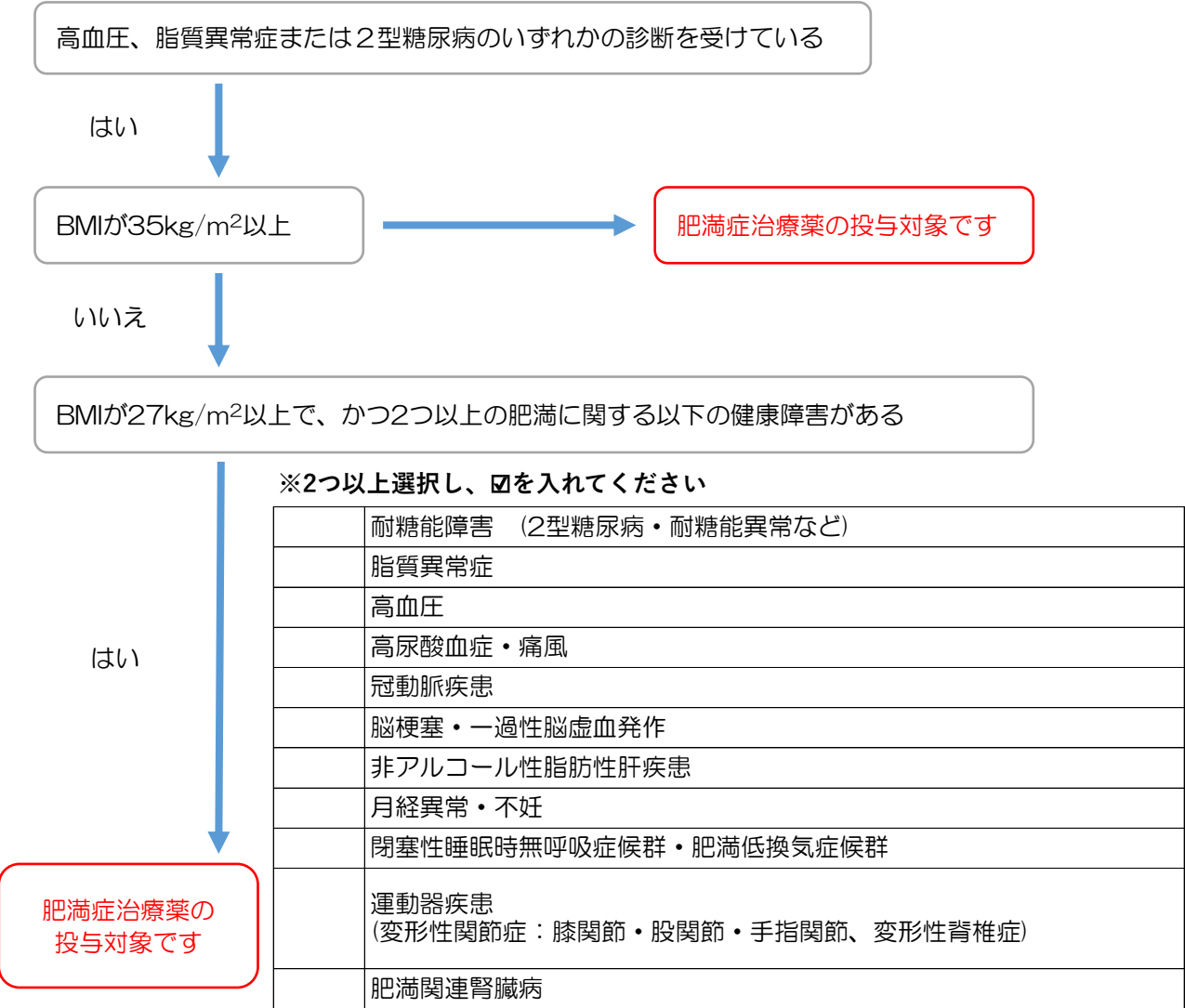


肥満症診療に関するチェックリスト

肥満症診療をご紹介いただける場合は、下記フローチャートに沿って治療内容のご確認をお願いいたします。肥満症診療もしくは栄養指導に☑を入れ、こちらのチェックリストと紹介状を併せて、下記連絡先までFAXでお申込みください。

患者名： _____ BMI： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

肥満症診療のフローチャート



- 肥満症診療：治療薬対象のため、栄養指導を含む肥満症診療を希望します。
- 栄養指導：肥満症治療薬の対象外ですが、栄養指導を希望します。

医療機関名： _____

記入医師名： _____

【お問い合わせ先】

市立加西病院医療介護総合支援センター 地域医療室

TEL 0790-42-2200 (代表) FAX 0790-42-5365