

ダイエット（肥満症治療）外来・入院 申込書

下記の必要事項をご記入いただき、当院までFAXにてお送りください。
内容を確認の上、後ほど担当よりご連絡させていただきます。

フリガナ		TEL	
氏名		携帯	
性別	男・女	FAX	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	E-Mail	

フリガナ	
住所	〒

身長	cm	BMI	<small>※体重(kg)÷(身長(m)×身長(m))</small>	
体重	kg	腹囲	<small>※おへそ回りで測ってください</small>	cm

現在の治療（病名・病院名）

--

血圧値・血液検査結果（検査日 年 月 日）

メタボリックシンドロームの診断基準に準拠しながら入院を検討させていただきますのでご記入ください

血圧値	/	mmHg	HbA1c値	%	
中性脂肪		mg/dL	尿酸値	mg/dL	
HDLコレステロール		mg/dL	クレアチニン	mg/dL	
LDLコレステロール		mg/dL	肝機能	AST(GOT)	U/L
血糖値		mg/dL		ALT(GPT)	U/L
				γ-GT(γGTP)	IU/L

心電図検査結果

--

尿検査結果

--

入院を希望する理由（これまでの経過）

--

備考

--

医療法人社団 和漢全人会
花月クリニック

FAX：0125-74-2520

〒073-1105

北海道樺戸郡新十津川町字花月 201-68

TEL：0125-74-2021