

摂食障害 紹介情報入力票

(紹介状添付用／印刷して手書き記入または PC 入力可)

※本票は紹介状に添付する補足票です。紹介状に記載済みの内容は省略可です。

不明な項目は空欄または「不明」にチェックしてください。

記入日： 年 月 日

1. 患者基本情報 (紹介状に記載がある場合は省略可)

氏名 (フリガナ)	
生年月日 / 年齢	
性別	
住所 / 連絡先	

2. 紹介元情報 (紹介状に記載がある場合は省略可)

医療機関名・診療科	
電話 / FAX	

3. 現在の状態

現在の身長 (cm)	
現在の体重 (kg)	
2週間前の体重 (kg)	
過食の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

4. 発症・経過

体重が減り始めた時期	年 月頃 <input type="checkbox"/> 減ってはいない <input type="checkbox"/> 不明
減り始める前の体重 (kg)	
これまでの最低体重 (kg) ・ 時期	kg (年 月頃) <input type="checkbox"/> 不明