

FAX 番号：04-2995-3671

国立障害者リハビリテーションセンター病院
小児科・児童精神科： 深井善光 倉川佳世 宛

摂食障害外来 初診申し込み用紙

紹介元医療機関名 _____

紹介医師名 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

患者氏名：(記入せずに、担当医にお電話ください：04-2995-3100 代表)

電話番号 ① _____ ② _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

性別 _____ 男 _____ 女 _____ 高校・中学・小学 _____ 年生

最近の身長 _____ cm

時期	体重		
病前体重	kg		
年 月	kg		
年 月	kg		
貴院の受診時 年 月	kg		

心拍数 _____ /分、 血圧 _____ / _____ mm HG

最近の血液検査：(分かる範囲で結構です)

Hb _____ A l b _____ T P _____

A S T _____ A L T _____ C K _____

B U N _____ C r _____ 血糖 _____

N a _____ K _____ C l _____

尿ケトン _____ 尿比重 _____

現在の病状や経過、その他の検査など：