**診療情報提供書の添付情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴施設名 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日　 |  |
| 年齢 |  |
| 性別 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身長 |  | cm |
| 体重 |  | ㎏ |
| 標準体重※1 |  | ㎏ |
| 体重/標準体重 × 100 |  | % |
| BMI※2 |  |  |
| 本人の入院希望 |  |  |

※1標準体重＝身長（m）×身長（m）×22　※2BMI ＝ 体重kg ÷ (身長m)2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 標準体重65％以上 | 中学生以上 | 急性期治療の必要性 |
|  |  |  |

空欄にチェックをお願い致します。