

ใบสั่งลดความอ้วน

ชื่อผู้ที่ตรวจ:

◆ ความสูง: ____cm

◆ น้ำหนัก: _____ kg

◆ รอบเอว: ____cm

◆ ดัชนีมวลกาย: _____ kg/m²

1. ท่าน เป็น

- ☐ น้ำหนักปกติ ☐ น้ำหนักเกิน
☐ อ้วน

2. ท่าน

- ☐ มีความอ้วนส่วนท้อง ☐ ไม่มีความอ้วนส่วนท้อง

3. สถานะน้ำหนักของท่านในปัจจุบันมีความเสี่ยงที่เกิดโรคแทรกซ้อน(โรคเส้นเลือดสมอง หัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง ฯลฯ)

- ☐ ต่ำ ☐ กลาง ☐ ค่อนข้างสูง
☐ สูงน้อย ☐ สูงพอดี ☐ สูงมาก

4. น้ำหนักที่เป้าหมาย

- ☐ ไม่เกี่ยวข้อง
☐ ในครั้งที่ 1 มีเป้าหมายที่ลดน้ำหนักปัจจุบันของท่านลงไปถึง ()%
- น้ำหนักตามเป้าหมายครั้งที่ 1 ของท่าน คือ () kg
- ระยะเวลาที่บรรลุเป้าหมายในครั้งที่ 1 คือ () เดือน
- น้ำหนักที่ต้องลดลงทุกเดือน คือ () kg

5. คำสั่งความอ้วน

- ☐ ลดทานอาหาร ☐ ลดของกินเล่นๆ
☐ ลดทานอาหารข้างนอกหรือฟาส์ฟู้ด
สั่ง (☐ การสับบหรือ ☐ การดื่มเหล้า ☐ การออกกำลังกาย ☐ การรับประทานอาหาร)
☐ ท่านต้องใช้ยาเพื่อรักษา
☐ อื่น:

6. สถานการณ์โรคของท่านที่สามารถดีขึ้นได้โดยการลดน้ำหนัก

- ☐ เส้นเลือดหัวใจตีบ ☐ โรคเบาหวาน ☐ ระบบโรคหัวใจ
☐ ความดันโลหิตสูง ☐ โรคเส้นเลือดผิดปกติ ☐ โรคหลอดเลือด
☐ นอนซาดหายใจ ☐ ข้อกระดูกอักเสบ ☐ โรคปัสสาวะบ่อย
☐ โรคถุงน้ำดี ☐ อื่น

7. ความคิดเห็นอื่นๆ (หากมี โปรดกรอกลงไปโดยยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร)

☞ ต้องดูแลให้ดีเพื่อความสำเร็จ

ชื่อแพทย์/ลงชื่อ :

※ เนื่องจากใบสั่งนี้มีวัตถุประสงค์ทำให้การกระทำพัฒนาขึ้น จึงไม่สามารถใช้เพื่อการสั่งยา ได้