

# 高度高中性脂肪血症 病態解析検査 (Fax用)

施設名：

担当医：

患者氏名：

生年月日： 年 月 日

年齢： 歳

糖尿病の有無（有・無）

BMI：

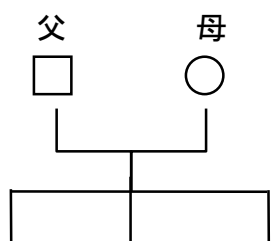
飲酒歴：

病歴：

## 血清脂質

検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
総コレステロール				
中性脂肪				
HDLコレステロール				

## 家族歴



連絡先：東邦大学医療センター佐倉病院 内科 山口崇  
Tel:043-462-8811 (内線2223)  
Fax:043-487-4246  
E-mail:takashi\_schechter@sakura.med.toho-u.ac.jp