

肥満外来予約用チェックシート

この度は、ご紹介誠にありがとうございます。

肥満症治療薬開始目的のご紹介の際には、検査結果および現在の処方薬の情報を含めた診療情報提供書に加えて本チェックシートを記載の上、地域連携を通じて当院受診 2 週間前までに FAX または郵送をお願いしております。

患者氏名 ()
身長 ()cm、体重 ()kg、BMI ()
過去最大体重 ()kg、()歳時

★下記のうち、該当する疾患に『✓』をお願いいたします。

- ☐ 耐糖能障害(2 型糖尿病・耐糖能異常など)
- ☐ 脂質異常症
- ☐ 高血圧症
- ☐ 高尿酸血症・痛風
- ☐ 冠動脈疾患
- ☐ 脳梗塞
- ☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患
- ☐ 月経異常・女性不妊
- ☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
- ☐ 運動器疾患(変形性関節症:膝関節・股関節・手指関節・変形性脊椎症など)
- ☐ 肥満関連腎臓病
- ☐ 精神疾患()

★食事療法

- ☐ あり (栄養指導最終実施日: 年 月 日)、指導食種: ()kcal 食、塩分制限:あり・なし
- ☐ なし

★運動療法指示

- ☐ あり (指導内容:)
- ☐ なし

★行動療法

- ☐ あり (指導内容:)
- ☐ なし

【肥満症治療薬適応要件】

✓BMI35 以上の場合

高血圧症、脂質異常症、2 型糖尿病のいずれか
1つ以上を有する

✓BMI27 以上 35 未満の場合

・高血圧症、脂質異常症、2 型糖尿病のうち 2 つ
以上を有する

または

・高血圧症、脂質異常症、2 型糖尿病のいずれか
1つと、その他の左記疾患(精神疾患を除く)1つ
以上を有する

※当院では重度の精神疾患を有する患者様への肥満治療薬の処方は、安全上の理由で見合わせる場合がございます。