

薬物療法による肥満症外来 予約用チェックシート

<紹介元医療機関の医師がご記入ください>

「診療情報提供書（検査結果・現在の処方薬情報含む）」及び「本紙」を記載の上、当院医事課宛に1週間前までにFAX（03-3390-4167）または郵送をお願いいたします。

（フリガナ）

患者氏名： 年 齢： 歳 性 別： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日

身 長： cm 体 重： kg B M I： kg/m²

■次の表のYES・NOにチェック✓をお願いいたします。

高血圧 / 脂質異常症 / 2型糖尿病のいずれかに対して投薬治療を行っていますか？

☐ YES

☐ NO

BMIが 35 kg/m²以上 ですか？

☐ YES

☐ NO

BMIが 27 kg/m²以上で、下記疾患に 2 項目以上該当しますか？
（該当疾患にチェック✓）

- ☐ 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・一過性脳虚血発作 ☐ 肥満関連腎臓病
- ☐ 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）

☐ YES

☐ NO

肥満症治療薬 保険適用（紹介対象）

肥満症治療薬 保険不適用
（自費診療は行いません）

【先生へお願い】

すぐに肥満症治療薬の処方が始まるわけではございません。

当院通院開始日から6か月間の食事療法（2か月に1回以上の栄養指導）・運動療法・所定の検査を受けていただいたのち、主治医が適応ありと判断してから処方（投薬期間上限あり）されますので、事前に患者様へご案内くださいますようお願いいたします。