

【肥満症外来 予約前チェックリスト】

<紹介元医療機関の医師がご記入ください>

(フリガナ)		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	年 月 日 (歳)		
身長	cm	体重	kg
		BMI	kg/m ²

下記の項目をご確認いただき□に✓をお願いします。

① 高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかに対して投薬加療を行っていますか。

はい



② BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$

はい

肥満症治療薬の保険適応です

いいえ



③ BMI $\geq 27\text{kg/m}^2$ で以下のうち2つ以上の健康障害がある。

はい

肥満症治療薬の保険適応です

※ 該当疾患に✓をお願いします。

<input type="checkbox"/> 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)	<input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 運動器疾患
<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	(変形性関節症：膝関節・股関節・手指関節、変形性脊椎症)
<input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病

<肥満症外来についての注意事項>

- 上記チェック項目で肥満症治療薬が保険適応である場合のみ、外来予約が可能です。
- 当院通院開始日から**6ヶ月間の食事療法(2ヶ月に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肥満症治療薬の処方(投薬期間上限あり)を行います。
- 高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病に関する内服薬は当院処方に切り替えをご提案させていただきます。
- 診療情報提供書**(現在の処方内容を含む)及び**本紙**を受診前までに当院医療連携課宛に FAX(06-6466-0382)もしくは郵送をお願いいたします。