

埼玉慈恵病院 肥満外来 チェックリスト(医師記載用)

患者氏名: _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様が当該外来対象かを確認するシートです。先生方に置かれましては紹介状と合わせてこの用紙のご記載・ご提出をお願いいたします。当てはまる□にチェックを入れてください。

① 肥満症治療薬(ウゴービ等)の使用希望はありますか。

☐はい ☐いいえ(対象外です)

② 高血圧症、脂質異常症、糖尿病のいずれかに対し投薬治療を行っていますか。

☐はい ☐いいえ(対象外です)

③ BMI はいくつですか。

☐35 以上(対象です。チェック項目終了) ☐27~35 未満 ☐27 未満(対象外です)

④ 下記肥満に関連する健康被害の該当項目にチェックを入れてください。

☐高血圧症

☐脂質異常症

☐耐糖能異常(糖尿病、境界型等)

☐高尿酸血症

☐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

☐冠動脈疾患

☐虚血性脳疾患(脳梗塞、一過性脳虚血発作)

☐運動器疾患(変形性関節症・変形性脊椎症)

☐肥満関連腎臓病

⑤ ④の項目のうち2項目以上該当しますか。

☐はい ☐いいえ(対象外です)

以上で終了です。

医療機関名: _____ 医師氏名 _____