

※紹介元医療機関の医師がご記入ください。

【肥満症治療外来受診に関するチェックリスト】

記入日： 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

下記項目をご確認いただき、□に✓をお願いします。

① 肥満症治療薬（ウゴービ、ゼップバウンド）の使用希望はありますか？

☐ はい

☐ いいえ

② 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかに対し
投薬治療を行っていますか？

質問は以上です。

☐ はい

☐ いいえ

③ -1 BMIについて確認ください。

肥満症治療薬の適用はありません。

☐ 35kg/m²以上

チェック項目は以上です。

（肥満症治療外来へ）

☐ 27～35kg/m²未満

☐ 27kg/m²未満

肥満症治療薬の適用はありません。

③ -2 下記肥満に関連する健康被害の該当項目にチェックをお願いします。

☐ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）

☐ 脂質異常症

☐ 非アルコール性脂肪肝疾患

☐ 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

☐ 高血圧

☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

☐ 冠動脈疾患

☐ 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）

☐ 2項目以上該当がある。

チェック項目は以上です。

（肥満症治療外来へ）

☐ 2項目以上該当がない。

肥満症治療薬の適用はありません。

以上でチェック項目は終わりです。紹介状と併せてこの用紙を地域医療連携部までご送信ください。

医療機関名：

記入医師名：