

※紹介元医療機関の医師がご記入ください。

【肥満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（ウゴービ等）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？

問診は以上です
（通常肥満外来へ）

はい

いいえ

③-1 BMIについて確認下さい

肥満症治療薬の適用は
ありません。

④の質問に回答下さい

35kg/m²以上

27～35kg/m²未満

27kg/m²未満

チェック項目は以上です
（肥満症治療薬外来へ）

肥満症治療薬の適用は
ありません。

④の質問に回答下さい

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

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など） | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| <input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患 | <input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊 |
| <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"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作 | <input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 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

2項目以上該当がない

チェック項目は以上です
（肥満症治療薬外来へ）

肥満症治療薬の適用はありません。

④の質問に回答下さい

④ ウゴービの適応がない場合、通常の肥満外来は希望されますか？

はい **（通常肥満外来へ）**

いいえ（予約はしない）

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連携部までご送信ください。

医療機関名： _____

記入医師名： _____