

病診連携 肥満症外来受診チェックリスト (かかりつけ医用)

肥満症外来へご紹介いただく医師の方へ

以下の治療対象条件をご確認いただき、チェックをお願いします。

①高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかと診断されていますか？	<input type="checkbox"/> はい ②へ	<input type="checkbox"/> いいえ 治療適応はありません 質問は以上です
②BMI についてご確認ください 27kg/m ² 未満 35kg/m ² 以上 27～35kg/m ² 未満	<input type="checkbox"/> はい 治療適応はありません 質問は以上です <input type="checkbox"/> はい 肥満症治療外来へ <input type="checkbox"/> はい ③へ	(Diagonal line)
③以下のうち <u>2つ以上</u> の健康障害に該当しますか (該当する項目に☑をお願いします) <input type="checkbox"/> 耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患 <input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 変形性関節症	<input type="checkbox"/> はい 肥満症治療外来へ	<input type="checkbox"/> いいえ 治療適応はありません 質問は以上です

患者氏名： _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg BMI： _____

記入日： _____ 医療機関名： _____ 医師名： _____

治療対象条件

糖尿病、高血圧症、皮質異常症のいずれかと診断されており、下記①または②を満たす方

①BMI が 35kg/m²以上

②BMI が 27～35kg/m²未満で以下のうち2つ以上の健康障害を有する方

- 耐糖能異常、脂質異常症、高血圧症、高尿酸血症、心筋梗塞、脳梗塞、腎臓病、
非アルコール性脂肪性肝疾患、月経異常、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、変形性関節症