**肥満外来予約用チェックシート**

この度は、ご紹介誠にありがとうございます。

肥満症治療薬開始目的のご紹介の際には、**検査結果および現在の処方薬の情報を含めた診療情報提供書**に加えて本チェックシートを記載の上、総合相談・支援センター医療連携担当を通じて**当院受診2週間前までにFAXまたは郵送**をお願いしております。

**【肥満症治療薬適応要件】**

**✓BMI35以上の場合**

高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病のいずれか１つ以上を有する

**✓BMI27以上35未満の場合**

・高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病のうち２つ以上を有する

または

・高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病のいずれか１つと、その他の左記疾患（精神疾患を除く）１つ以上を有する

※当院では重度の精神疾患を有する患者様への肥満治療薬の処方は、安全上の理由で見合わせる場合がございます。

患者氏名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

身長　（　　　　　 ）㎝、体重　（　 　　　　）㎏、BMI　（　　　 　）

過去最大体重　（　　 　）㎏、（　　 　）歳時

★下記のうち、該当する疾患に『✓』をお願いいたします。

☐ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）

☐ 脂質異常症

☐ 高血圧症

☐ 高尿酸血症・痛風

☐ 冠動脈疾患

☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

☐ 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

☐ 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）

☐ 肥満関連腎臓病

☐ 精神疾患（　　　　　　　　　　　　　　）

★食事療法

☐ あり　（栄養指導最終実施日：　　　年　　月　　日）、指導食種：（　　　　 ）kcal食、塩分制限：あり ・ なし

☐ なし

★運動療法指示

☐ あり　（指導内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

☐ なし

★行動療法

☐ あり　（指導内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

☐ なし

東京医科大学病院　糖尿病・代謝・内分泌内科

2024年3月11日作成