

【肥満症外来受診に関するチェックリスト】

患者 ID: _____

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（GLP-1 等）の使用希望はありますか？

☐ はい

☐ いいえ

② BMI について確認下さい

☐ 35 kg/m²以上

☐ 27～35 kg/m²

☐ 27 kg/m²未満

問診は以上です

③-1 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかに対し内服治療を行っていますか？

☐ はい

問診は以上です

☐ いいえ・不明

検査を行った上で適応を判断します
(検査結果により処方できない可能性があります)

③-1 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかに対し内服治療を行っていますか？

☐ はい

残念ながら肥満症治療薬の適用はありません

③-2 27～35 kg/m²の方は
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）

☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患

☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群

☐ 高尿酸血症・痛風

☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

☐ 冠動脈疾患（狭心症・心筋梗塞）

☐ 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）

☐ 月経異常・女性不妊

☐ 脂質異常症

☐ 肥満関連腎臓病

☐ 高血圧

☐ あり

問診は以上です

☐ なし・不明

検査を行った上で適応を判断します
(検査結果により処方できない可能性があります)

* 当院では自費診療における薬剤の新規投与は行っておりません。