

肥満症診療に関するチェックリスト

肥満症診療をご紹介いただける場合は、下記フローチャートに沿って治療内容のご確認をお願いいたします。肥満症診療もしくは栄養指導に☑を入れ、こちらのチェックリストと紹介状を併せて、下記連絡先までFAXでお申込みください。

身長： 記入日： 年 月 日
体重：
患者名： BMI： 生年月日： 年 月 日

肥満症診療のフローチャート

高血圧、脂質異常症または2型糖尿病のいずれかの診断を受けている

はい

BMIが35kg/m²以上

肥満症治療薬の投与対象です

いいえ

BMIが27kg/m²以上で、かつ2つ以上の肥満に関する以下の健康障害がある

※2つ以上選択し、☑を入れてください

はい

肥満症治療薬の
投与対象です

☐	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
☐	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・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

- ☐ 肥満症診療：治療薬対象のため、栄養指導を含む肥満症診療を希望します。
- ☐ 栄養指導：肥満症治療薬の対象外ですが、栄養指導を希望します。

医療機関名： 記入医師名：

【お問い合わせ先】

市立加西病院医療介護総合支援センター 地域医療室

TEL 0790-42-2200（代表） FAX 0790-42-5365