

本チェックリスト・同意書に加え、**診療情報提供書**のご用意もお願いいたします



FAX 03 - 5747 - 1061

閉塞性睡眠時無呼吸症候群治療薬 使用のためのチェックリスト

使用希望の方は、下記1～2の項目をご確認いただき、□に✓をご記入ください。

氏名：_____

記入日：西暦_____年_____月_____日

禁忌事項・慎重投与 ※下記に当てはまる方は使用できません

18歳未満、妊娠中・妊娠の可能性がある

膵炎の既往がある

重症胃不全麻痺等の重度の胃腸障害、腸閉塞（イレウス）の既往がある

① 中等症以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群はありますか？

ポリソムノグラフィー：無呼吸低呼吸指数(AHI)が1時間に15回以上

または

簡易モニター検査：呼吸障害指数(REI)が1時間に30回以上

☐ いいえ（チェック項目は以上です）
治療薬の適応はありません

はい

② BMIについて教えてください

※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

☐ 27 kg/m²未満（チェック項目は以上です）
治療薬の適応はありません

27 kg/m²以上

治療薬の適応あり

（チェック項目は以上です）

このチェックリストで適応を満たした方は、
本紙を印刷の上、紹介状と一緒にFAXいただくか、
紹介状と一緒に同封し、受診時に提出ください