

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

医療法人社団 松和会
池上総合病院

肥満症治療薬 使用のためのチェックリスト

使用希望の方は、下記1～3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 高血圧、脂質異常症、糖尿病のいずれかで
投薬治療をしていますか？

☐ いいえ（チェック項目は以上です）
肥満症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）
肥満症治療薬の適応はありません

☐ 35 kg/m²以上

27～35 kg/m²未満

高血圧、脂質異常症、糖尿病 いくつ当てはまりますか？

1つ

2つ

肥満症治療薬の適応あり（チェック項目は以上です）

③ 該当する健康障害にチェックしてください（高血圧、脂質異常症、糖尿病の方はその疾患を除く）

☐ 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・肥満低換気候群

☐ 高尿酸血症・痛風

☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

☐ 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）

☐ 高血圧

☐ 脂質異常症

☐ 月経異常・女性不妊

☐ 冠動脈疾患

☐ 肥満関連腎臓病

肥満症治療薬の適応あり

高血圧、脂質異常症、糖尿病の治療薬は、
「肥満症外来」で処方いたします

チェックがつかなかった方

肥満症治療薬の適応はありません

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、
または紹介状と一緒に同封し、受診時に提出ください