

肥満症診療チェックシート

年 月 日

下記の方をご紹介申し上げます。ご高診賜りますよう何卒お願い申し上げます。

患者氏名 _____ 様 (□男性 □女性) 身長： _____ cm 体重： _____ kg

生年月日 年 月 日 (歳) BMI : _____ kg / m² ※27 kg / m²以下は非対象

⊕ 下記の疾患に罹患している

□高血圧 □脂質異常 □糖尿病

⊕ BMI : 35 kg / m²以上もしくは BMI : 27 kg / m²以上で下記の肥満に関する 11 の健康障害 2つ以上

□耐糖能障害 □冠動脈疾患 □閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
2型糖尿病・耐糖能異常 □脳梗塞・一過性脳虚血発作 □高血圧
□脂質異常症 □非アルコール性脂肪性肝疾患 □高尿酸血症・痛風
□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 □月経異常・女性不妊

⊕ 高血圧・脂質異常症または2型糖尿病に対する薬物療法の有無

□あり

□なし→非対象

⊕ 現在までの食事・運動療法の状況

食事療法 □なし □あり (実施時期： 年 月 日～ 年 月 日)

運動療法 □なし □あり (実施時期： 年 月 日～ 年 月 日)

⊕ 二次性肥満の有無

□なし □あり □未確認

⊕ 妊娠および妊娠の可能性について

□妊娠していない

□現在、妊娠している。または妊娠の可能性・予定あり→非対象

⊕ その他の特記事項

紹介元医療機関 住所 _____ 診療科 _____
施設名 _____ 医師名 _____