

# 肥満症診療チェックシート

年 月 日

下記の方をご紹介します。ご高診賜りますよう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/m<sup>2</sup> ※27 kg/m<sup>2</sup>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/m<sup>2</sup>以上もしくは BMI: 27 kg/m<sup>2</sup>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