

肥満症診療 診療情報提供書

年 月 日

患者氏名

医療機関名

生年月日

年 月 日 (歳)

肥満症診療は20歳以上を対象としています

住所

電話番号 ()

① 高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかを有し、投薬治療をしている

- はい(高血圧 脂質異常症 2型糖尿病) いいえ
薬剤名 (肥満症治療の対象はありません)

② BMIについて教えてください

- 35Kg/m²~ 27Kg/m²~35Kg/m² 27Kg/m²未満 (肥満症治療の対象はありません)

肥満症診療の対象です

③ 下記の健康障害のうち2つ以上に該当する いいえ(肥満症治療の対象はありません)

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耐糖能障害 (2型糖尿病、耐糖能異常など) | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| <input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患 | <input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊 |
| <input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性虚血性発作 | <input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 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) | |

2つ以上チェックがあれば、肥満症診療の対象です

④ その他治療状況・食事、運動療法の状況