※紹介元医療機関の医師がご記入ください。

【減量支援外来受診に関するチェックリスト】

記 入 日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日

下記項目をご確認いただき、□に✓をお願いします。

①肥満症治療剤（ウゴービ、ゼップバウンド）の使用希望はありますか？

□ **はい**

□ **いいえ**
減量支援外来の適応がありません。
④の質問に回答下さい

②高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかに対し投薬治療を行っていますか？

□ **はい**

□ **いいえ**
減量支援外来の適応がありません。
④の質問に回答下さい

③-1 BMIについて

□ 35kg/㎡以上
チェック項目は以上です。
（**減量支援外来へ**）

□ 27～35kg/㎡未満

□ 27kg/㎡未満
減量支援外来の適応がありません。
④の質問に回答下さい

③-2 下記肥満に関連する健康被害の該当項目にチェックをお願いします。

- □ 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・肥満低換気症候群
- □ 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）
- □ 脂質異常症
- □ 月経異常・女性不妊
- □ 高血圧
- □ 冠動脈疾患
- □ 肥満関連腎臓病

□ ２項目以上該当がある
チェック項目は以上です
（**減量支援外来へ**）

□ ２項目以上該当がない
減量支援外来の適応がありません。
④の質問に回答下さい

④　肥満症治療剤の適応がない場合、通常の栄養指導は希望されますか？

□ **はい**（**通常の内科外来へ**）　　□ いいえ（予約はしない）

以上でチェック項目は終わりです。
紹介状と併せてこの用紙を患者総合支援センター（FAX：**0795–23–4580**）までご送信ください。

医療機関名：　　**記入医師名**：

西脇市立西脇病院　糖尿病内科