

※紹介する医師がご記入ください。

【肥満症外来受診に関するチェックリスト】

患者氏名

生年月日

年

月

日

肥満症外来の保険治療適応の有無についてご確認ください。
下記フローシートに沿ってチェックをお願いいたします。

本患者は肥満症治療薬の使用希望はありますか？

☐ はい

現在、高血圧、2型糖尿病、脂質異常症のいずれかに対し、投薬治療を受けていますか？

☐ いいえ

当外来の適応にはなりません。

☐ はい

BMIは下記のどれに該当しますか？

☐ いいえ

当外来の適応にはなりません。

☐ 27kg/m²未満

当外来の適応にはなりません。

☐ 27kg/m²以上35kg/m²未満

下記の肥満に関連する健康被害の該当項目にチェックして下さい。

☐ 35kg/m²以上

当外来の適応です。
※下記参照ください。

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ 耐糖能障害(2型糖尿病、耐糖能異常) | ☐ 脂質異常症 | ☐ 高血圧 |
| ☐ 高尿酸血症・痛風 | ☐ 冠動脈疾患 | ☐ 脳梗塞 |
| ☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患 | ☐ 月経異常・不妊 | |
| ☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群、又は肥満低換気症候群 | ☐ 肥満関連腎臓症 | |
| ☐ 運動器疾患(膝・股関節等の変形) | | |

☐ 2項目以上該当がない
当外来の適応にはなりません。

☐ 2項目以上該当する
当外来の適応です。
※下記参照ください。

※当外来適応の場合は、別紙「肥満症外来受診についての注意事項」をご説明のうえ、同意をいただければ肥満症外来のご予約をお取りくださいますようお願いいたします。

記入日

年

月

日

医師名

2026. 8月作成

神戸掖済会病院