

肥満症治療薬 使用の為のチェックリスト

使用希望の方は、下記1～3の項目をご確認いただき、□に✓をご記入ください

カナ

氏名：

記入日：西暦 年 月 日

禁忌事項・慎重投与 ※下記に当てはまる方は使用できません

重症胃不全麻痺等の重度の胃腸障害、膵炎の既往、イレウスの既往、生殖能を有する方、小児等、高齢者

1. 高血圧もしくは脂質異常症を有し、
投薬治療をしていますか？

☐ いいえ（チェック項目は以上です）

肥満症治療薬の適用はありません

2型糖尿病の方は、

当院「糖尿病外来」にご相談ください

☒ はい

2. BMIについて教えてください
※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

☐ 27kg/㎡未満（チェック項目は以上です）

肥満症治療薬の適用はありません

☐ 35kg/㎡以上

☒ 27kg/㎡以上～35kg/㎡未満

高血圧、脂質異常症 いくつあてはまりますか？

☒ 1つ

☒ 2つ

肥満症治療薬の適応を満たします

（チェック項目は以上です）

該当する健康障害にチェックしてください（高血圧、脂質異常症の方はその疾患を除く）

3.

☐ 耐糖能障害（耐糖能異常など）

☐ 脂質異常症

☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患

☐ 月経異常・女性不妊

☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換症候群

☐ 高血圧

☐ 高尿酸血症・痛風

☐ 冠動脈疾患

☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

☐ 肥満関連腎臓病

☐ 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）

チェックが1つ以上 ついた方

肥満症治療薬の適応を満たします

高血圧、脂質異常症の方の治療薬は

「肥満外来」にて処方いたします

チェックがつかなかった方

肥満症治療薬の適用はありません

このチェックリストで 適応を満たした方

本紙を印刷の上、紹介状にご同封ください