

肥満症外来対象患者チェックリスト

①と②の両方を満たす患者が対象となります。

以下の項目にチェックおよび記入をお願いいたします。

氏名： _____ (男・女) 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

身長： _____ cm 体重： _____ kg

① 次のいずれか1つ以上の診断がなされており、薬物治療を受けている

- ☐ 高血圧症
- ☐ 脂質異常症
- ☐ 2型糖尿病

薬剤名：

② 次のいずれかに該当する

- ☐ BMIが $35\text{kg}/\text{m}^2$ 以上
- ☐ BMIが $27\text{kg}/\text{m}^2$ 以上かつ肥満に関連する健康障害（※）を2つ以上有する

※ 肥満に関連する健康障害

- ☐ 耐糖能障害（2型糖尿病、耐糖能異常等）
- ☐ 脂質異常症
- ☐ 高血圧
- ☐ 高尿酸血症、痛風
- ☐ 冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症等）
- ☐ 脳梗塞
- ☐ 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、肥満低換気症候群
- ☐ 運動器疾患（変形性関節症（膝、股、手指）、変形性脊椎症等）
- ☐ 肥満関連腎臓病