

肥満症治療チェックシート

この度はご紹介いただき誠にありがとうございます。

検査結果および現在の処方薬の情報を含めた診療情報提供書に加えて本チェックシートのご記載をお願いしております。

患者氏名 (_____)

身長 (_____)cm、体重 (_____)kg

BMI (_____)

過去最大体重(_____)kg、(_____)歳時

下記のうち、該当する疾患に『✓』をお願いいたします。

- 耐糖能障害(2型糖尿病や耐糖能異常など)
- 脂質異常症(血中コレステロールや中性脂肪の異常)
- 高血圧
- 高尿酸血症・痛風
- 冠動脈疾患:心筋梗塞・狭心症
- 脳梗塞:脳血栓症・一過性脳虚血発作
- 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・肥満低換気症候群
- 運動器疾患:変形性関節症(膝関節症や股関節症など)・変形性脊椎症
- 肥満関連腎臓病

★その他の補足事項

(_____)