

薬物療法（自己注射の処方）が可能な患者確認シート

ふりがな					
氏名	様（男・女）		生年月日	歳	
身長	cm	体重	kg	BMI:	ウエスト周囲長 (わかれば)
連絡先 携帯:	または自宅:				
つながりやすい時間帯、曜日などあれば					

- ① ☐ 18歳以上である
- ② ☐ 原発性肥満である（二次性肥満に該当しない肥満）
 <二次性肥満>
☐ 内分泌性肥満 ☐ 視床下部性肥満 ☐ 遺伝性肥満（先天異常症候群） ☐ 薬物による肥満
- ③ ☐ 高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかがある
☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 2型糖尿病
- ④ ☐ 高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかに対し適切に薬物療法がおこなわれている
- ⑤ ☐ 以下のいずれかを満たしている
☐ BMIが27kg/m²以上であり、下記⑥の肥満に関する11の健康障害を2つ以上を有する
☐ BMIが35kg/m²以上である
- ⑥ 肥満に関する11の健康障害について（あてはまるものすべてにチェックしてください）

肥満関連健康障害	
☐ 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)	☐ 脳梗塞
☐ 脂質異常症	☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患
☐ 高血圧	☐ 月経異常・不妊
☐ 高尿酸血症・痛風	☐ 運動器疾患
☐ 冠動脈疾患	☐ 慢性関連腎臓病
☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群	

- ⑦ その他の病歴や薬剤による副作用経験など