

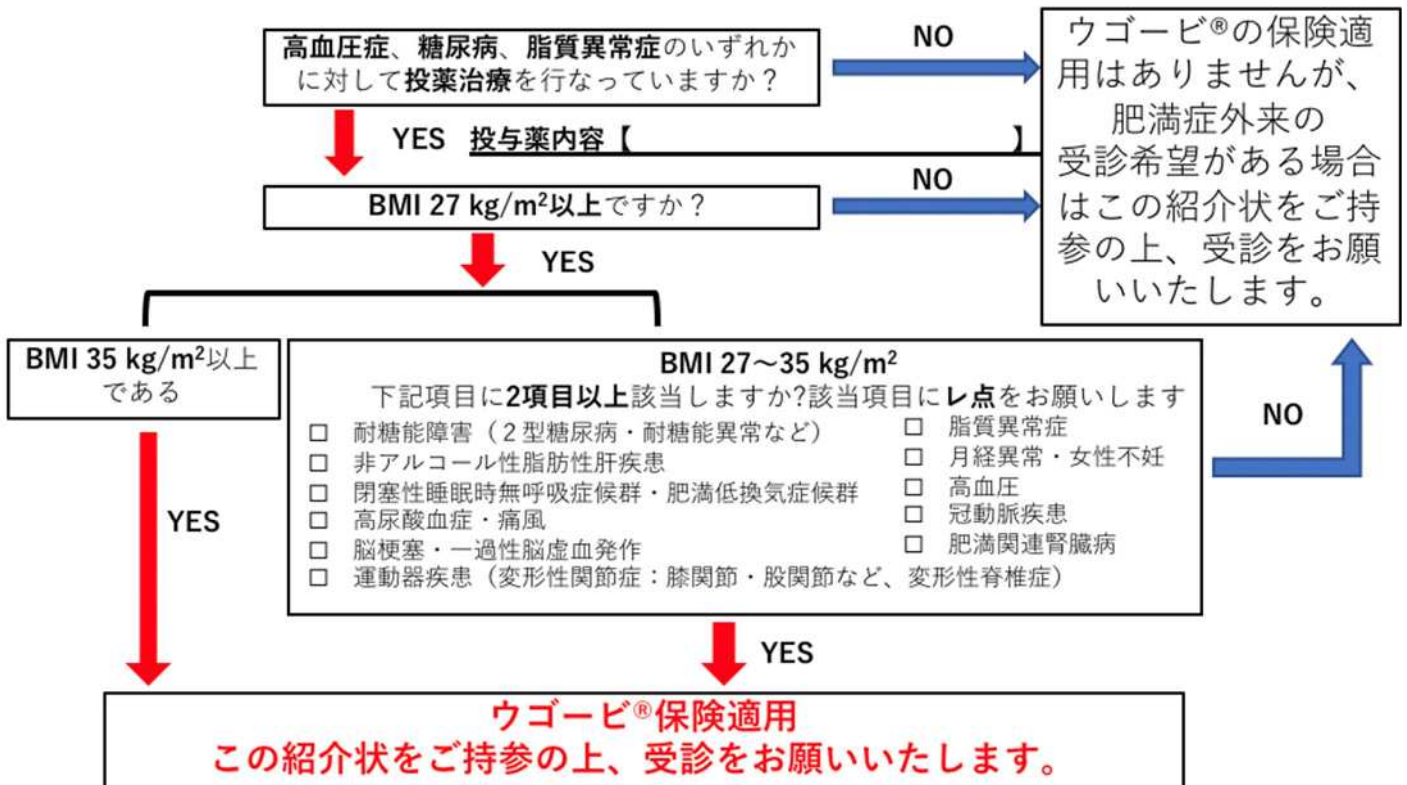
## 肥満症外来 紹介状

<紹介元医療機関の医師が記入>

患者氏名： 年齢： 歳 性別：男・女

生年月日： 年 月 日 身長： cm 体重： kg BMI： kg/m<sup>2</sup>

下記表の YES・NO に○をお願い致します。(記入例をご参照下さい)



既往歴や現病歴で特記事項などあれば記載をお願いいたします。

# 記入例

記入日：2024年12月1日

## 肥満症外来 紹介状

<紹介元医療機関の医師が記入>

患者氏名： 厚生 太郎 年齢：34歳 性別 **男** 女

生年月日：1990年9月1日 身長：167cm 体重：90kg BMI：32.2 kg/m<sup>2</sup>

下記表の YES・NO に○をお願い致します。(記入例をご参照下さい)

高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれか に対して投薬治療を行なっていますか？	NO	ウゴービ®の保険適用 はありませんが、 肥満症外来の 受診希望がある場合 はこの紹介状をご持 参の上、受診をお願 いいたします。
<b>YES</b> 投与薬内容【ロスバスタチン 2.5 mg】	NO	
BMI 27 kg/m <sup>2</sup> 以上ですか？	<b>YES</b>	
BMI 35 kg/m <sup>2</sup> 以上 である	YES	ウゴービ®保険適用 この紹介状をご持参の上、受診をお願いいたします。
BMI 27~35 kg/m <sup>2</sup> 下記項目に2項目以上該当しますか?該当項目にレ点をお願いします	<b>YES</b>	
<input type="checkbox"/> 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)	<input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症	NO
<input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪性肝疾患	<input type="checkbox"/> 月経異常・女性不妊	
<input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群	<input type="checkbox"/> 高血圧	
<input checked="" type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	
<input type="checkbox"/> 脳梗塞・一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> 肥満関連腎臓病	
<input type="checkbox"/> 運動器疾患 (変形性関節症：膝関節・股関節など、変形性脊椎症)		

既往歴や現病歴で特記事項などあれば記載をお願いいたします。

当院にて脂質異常症に対してロスバスタチン 2.5 mg、高尿酸血症に対してフェブキソスタット 20 mg 内服している方です。

既往歴に痛風発作があります。

運動、食事療法で減量に難渋しており、ウゴービによる加療希望あります。