肥満薬物外来　事前予約調査書

患者様氏名	体重	身長	BMI
	kg	cm	

※ＢＭＩ ＝ 体重（ｋｇ） ÷ 身長（m） ÷ 身長（m）

★肥満薬物外来を受診いただくためには、下記（A）、（B）いずれかの要件を満たす必要があります。
ご確認いただき、該当する項目の □ に レ を入れてください。

■ 対象となる方（保険診療の適応条件）

※生活習慣の改善のみでは十分な減量が得られていない方が対象となります。

（A）BMIが 27～35 kg/m2の方 ⇒ **①と②のそれぞれ1項目以上に☑**

①
□	高血圧	または □	脂質異常症

＋

②（いずれか一つ以上該当）

□	耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）
□	脂質異常症
□	高血圧
□	高尿酸血症・痛風
□	冠動脈疾患
□	脳梗塞
□	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・股関節・手指関節、変形性脊椎症）
□	肥満関連腎臓病

（B）BMIが 35 kg/m2以上の方 ⇒ **③ の1項目以上に☑**

③
□	高血圧	または □	脂質異常症

■ 予約申し込み（対象となる場合 ）

予 約 希 望 日	第1希望	月　　日（　　）	★水曜日午前のみ
（ 有 ・ 無 ）	第2希望	月　　日（　　）	（完全予約制）

※確認事項が多いため、ご予約の際は必ず本書を事前にFAX送信してください。

地域医療連携室　FAX：0277－20－8174（直通）

■ その他留意事項

◇薬物療法を受けるには、事前の栄養指導と、開始後も栄養指導受講が必要です。
※栄養指導と診察は別の日になる場合がありますので、ご了承ください。

◇治療費の目安は月額 15,000～20,000円程度（3割負担の場合）です。

※詳細は、右のQRコード、または当院のホームページをご確認ください。