

那須赤十字病院 肥満症外来専用シート

記入日 年 月 日

患者氏名 様 (男性・女性) 生年月日 年 月 日 (歳)
身長 cm 体重 kg BMI kg/m² ウエスト周囲長 cm

◆肥満に関する11の健康障害の合併状況

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ 耐糖能障害
(2 型糖尿病・耐糖能異常など) | ☐ 冠動脈疾患 | ☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 |
| ☐ 脂質異常症 | ☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作 | ☐ 運動器疾患 |
| ☐ 高血圧 | ☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患 | (変形性関節症:膝・股・手指関節、変形性脊椎症) |
| ☐ 高尿酸血症・痛風 | ☐ 月経異常・女性不妊 | ☐ 肥満関連腎臓病 |
| | | ⋮ |

◆高血圧、脂質異常症または 2 型糖尿病に対する薬物療法の有無

- ☐ なし
☐ あり(薬剤名記入してください)

◆これまでの貴院での治療経過

◆上記以外に罹患している疾患の治療状況

◆その他の特記事項

紹介元医療機関 住所 診療科
施設名 医師名