

肥満症診療に関するチェックリスト

本チェックリストは、肥満症治療薬の適応を事前にご確認いただくためのものです。

患者ご本人ではなく、紹介元の担当医師がご記入・ご確認ください。

患者様には診察・精査の結果、適応がない可能性がある旨をお伝えいただいたうえで、ご紹介いただきますようお願いいたします。

なお、適応がない場合でも、その点をご理解いただいたうえでのご紹介は可能です。

記入日： 年 月 日 患者氏名： 生年月日： 年 月 日

下記の項目をご確認いただき、□に✓をお願いします。

① 肥満症治療薬（ウゴービ、ゼップバウンド等）の使用希望はありますか？ □ はい □ いいえ



② 高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれかに対し投薬治療を行っていますか？ □ はい □ いいえ

いいえの場合 → 肥満症治療薬の適用はありません。④へ



③-1 BMI について確認してください

□ 35 kg/m² 以上

肥満症治療薬外来へ

□ 30～35 kg/m² 未満

③-2（下記の健康障害チェック）へ

□ 27～30 kg/m² 未満

肥満症治療薬の適用の可能性があります、当院での薬物治療は制限しております。④へ

□ 27 kg/m² 未満

肥満症治療薬の適用はありません。④へ

③-2 下記、肥満に関連する健康障害の該当項目にチェックしてください

□ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）

□ 非アルコール性脂肪性肝疾患

□ 脂質異常症

□ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群

□ 高血圧

□ 高尿酸血症・痛風

□ 冠動脈疾患

□ 脳梗塞・一過性脳虚血発作

□ 肥満関連腎臓病

□ 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）

□ 月経異常・女性不妊



問診は以上です

□ BMI 35 kg/m² 以上 または

□ BMI 30～35 kg/m² ③-2 ⇒ 2項目以上 該当あり

→ チェック項目は以上です。（肥満症治療薬外来へ）

□ 2項目未満 該当なし

→ 肥満症治療薬の適用はありません。④へ



④ 治療薬の適応がない場合、通常の肥満症治療（栄養相談等）は希望されますか？ □ はい □ いいえ

⑤ 紹介枠の予約を希望されますか？ □ はい（予約する） □ いいえ（予約しない）