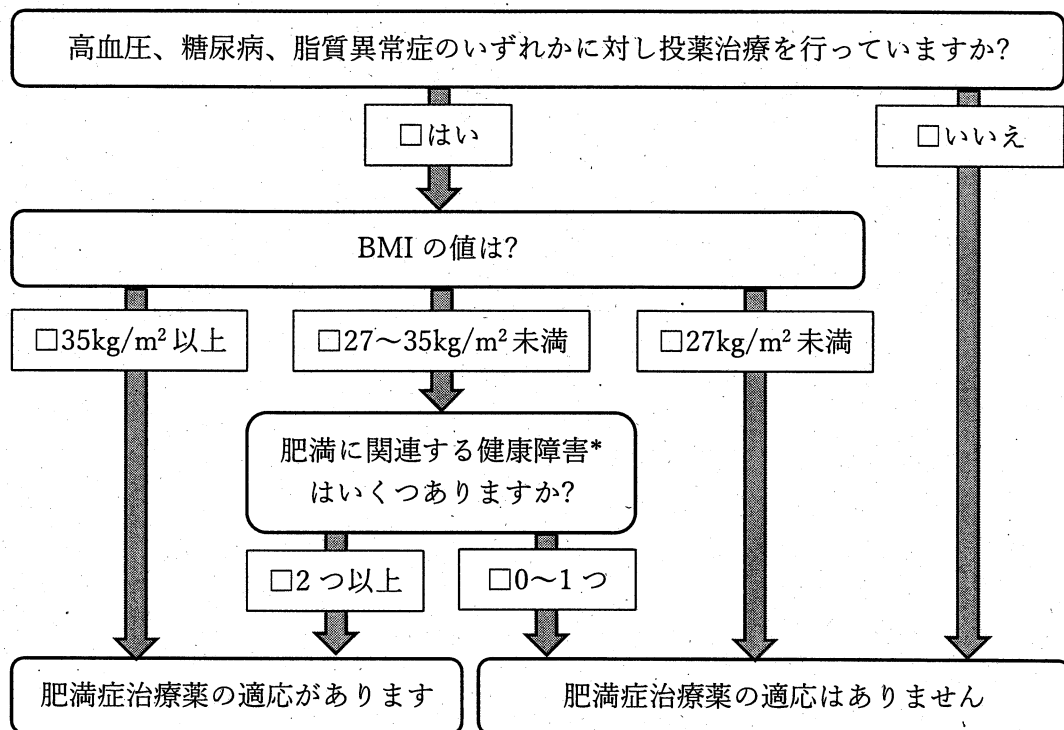


肥満症治療薬外来予約時のお願い

患者 氏名: _____
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

肥満症治療薬外来をご予約の際、下記のフローチャートをチェックいただき、適応のご確認をお願いします。



*肥満に関連する健康障害

- ☐ 耐糖能異常(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・一過性脳虚血発作
- ☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患
- ☐ 月経異常・女性不妊
- ☐ 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