

肥満症外来 紹介状
(GLP-1 製剤保険適応確認シート付)

【患者情報】

氏名	ふりがな			
性別	☐ 男		☐ 女	
生年月日	年	月	日生	(満 歳)
身長	cm			
体重	kg			
BMI				

主な既往歴 該当するものにチェックしてください。
☐ 高血圧 ☐ 2 型糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 睡眠時無呼吸症候群
☐ 膝関節痛 ☐ 股関節痛 ☐ 腰痛 ☐ その他 ()

【紹介目的】

患者様は肥満に伴う健康障害を有し、生活習慣指導・薬物療法を含む専門的な肥満症治療の適応を検討しております。つきましては、貴院にて評価・加療をご高配賜れますようお願いします。

【保険適応チェック】

BMI 27 以上	☐ はい ☐ いいえ
以下のいずれかの合併症あり	☐ 高血圧 ☐ 2 型糖尿病 ☐ 脂質異常症
上記の治療を 3 か月以上行っても体重減少 3%未満	☐ はい ☐ いいえ
継続的な食事・運動療法実施中	☐ はい ☐ いいえ

備考（治療歴・希望・生活背景など）

【紹介元医療機関】

医療機関名	
医師氏名（署名可）	
電話番号	
FAX 番号	