

肥満症治療適応確認シート

保険診療の適応となる患者さんを対象として診療します。

ご紹介の際は、本シートの該当項目にチェック〔✓〕のうえ、紹介状に添えてお送りください。

紹介元医療機関名		作成日	令和	年	月	日
担 当 医						

患者氏名・生年月日

氏 名		明・大・昭・平・令	年	月	日
-----	--	-----------	---	---	---

1. 肥満症治療適応条件

- 〔 〕 高血圧症または脂質異常症の薬物治療を受けている。
- 〔 〕 上記に加えて区分 A または区分 B のいずれかに該当する。
- 〔 〕 区分 A：高度肥満症（BMI 35.0kg/m²以上）である。
- 〔 〕 区分 B：肥満症（BMI 27.0kg/m²～34.9kg/m²）かつ以下の肥満関連障害が2つ以上ある。
- 〔 〕 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常等） 〔 〕 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（MASLD）
- 〔 〕 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・変形性脊椎症） 〔 〕 肥満関連腎臓病

2. 紹介患者さんに以下の事項を説明の上、同意をいただってください。

〔 〕 説明・同意確認済

- ・肥満症以外の治療は、引き続きかかりつけ医で受診すること。
- ・薬物療法開始前に、県民健康プラザ鹿屋医療センターを複数回受診し、最低6ヶ月間の食事・運動療法を実践する必要があること。
- ・薬物治療開始後も、治療継続のために2ヶ月毎の栄養指導が必要であること。
- ・薬物治療は、最長でも72週で終了すること。

紹介先：県民健康プラザ鹿屋医療センター 内科外来

○電話予約（代表：0994-42-5101）の後、紹介状と本用紙をFAX（0994-42-7154）にて
ご送付ください。

- ・血液検査も行いますので、患者さんには、当日は食事をとらずにお越しくださいますようお願いください。
- ・当日持参いただくもの：お薬手帳（使用している薬がわかるもの）
マイナンバーカードまたは資格確認証