

診療情報提供書（かかりつけ医→肥満・糖尿病先進治療センター）

依頼先 大分大学医学部附属病院 肥満・糖尿病先進治療センター外来 担当医 侍史

紹介元 ☐ 医院 ☐ 病院 医師名 電話番号

患者	様	☐ 男	☐ T	年	月	日生	身長	cm
氏名		☐ 女	☐ S			(歳)	体重	kg
			☐ H				BMI	kg/m ²

患者様に下記事項を事前にご了承頂き、チェックをお願いします。

- ☐ 肥満症に対する薬物療法、外科治療を行うには当院で6か月間の食事運動療法が必要です。
☐ 初診時より栄養指導を開始します。検査・診察とあわせて午後まで時間を要します。

当センターへの紹介目的に関して下記よりチェックをお願いします(複数でも構いません)。

肥満症薬物治療および外科治療の適応基準は次項をご参照ください。

- ☐ 肥満症に対する薬物療法導入(34-3 内分泌糖尿病内科) ☐ 肥満減量入院(34-3 内分泌糖尿病内科)
☐ 肥満外科治療(34-4 消化器外科 + 内分泌糖尿病内科)

肥満に関連する健康障害に関して、分かる範囲でチェックをお願いします。

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 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(変形性関節症) |
| ☐ 高血圧症 | ☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患 | ☐ 肥満関連腎臓病 |
| ☐ 高尿酸血症・痛風 | ☐ 月経異常・不妊 | |

生活歴

体重経過 ・最大体重 kg (歳時) ・20歳頃の体重 kg
間食・夜食の習慣 ☐ 無・☐ 有 (内容)
飲酒 ☐ 無・☐ 有 (内容) 喫煙 ☐ 無・☐ 有 (本/日 年間)
運動習慣 ☐ 無・☐ 有 (内容 回数 日/週)

これまでの治療経過の概要

栄養指導の実施歴 ☐ 無・☐ 有(主な指導内容: kcal)

投薬内容

<以下は参考情報>

肥満症治療薬(ウゴービ、ゼップバウンド)適応基準

高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する。

- ① BMI 35kg/m^2 以上
- ② BMI 27kg/m^2 以上であり、肥満に関連する健康障害を2つ以上有する

肥満外科治療の適応基準

- ①BMI 35kg/m^2 以上

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群または非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪肝疾患のうち1つ以上を合併

- ②BMI $32.5\text{--}34.9\text{kg/m}^2$

糖尿病でHbA1c 8.0%以上、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、非アルコール性脂肪肝炎を含めた非アルコール性脂肪肝疾患のうち2つ以上を合併