

ウゴービ®皮下注の処方が可能な患者要件シート

注！ウゴービ®皮下注は以下の項目を満たしている患者さんにお使い頂けます

ふりがな							
氏名		様 (男・女)	生年月日	年	月	日生	歳
身長:	cm	体重:	kg	BMI:	ウエスト周囲長:		cm

- ① 18歳以上である
- ② 原発性肥満である (二次性肥満に該当しない肥満)
〈二次性肥満〉
● 内分泌性肥満 ● 視床下部性肥満 ● 遺伝性肥満(先天異常症候群) ● 薬物による肥満
*二次性肥満の場合は、これらの原疾患の治療を優先ください。
- ③ 高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかがある
 高血圧 脂質異常症 2型糖尿病
- ④ 高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれかに対し適切に薬物治療が行われている
- ⑤ 以下のいずれかを満たしている
 BMIが27kg/m²以上であり、下記⑥の肥満に関連する11の健康障害を2つ以上を有する
 BMIが35kg/m²以上である
- ⑥ 肥満に関連する11の健康障害について(あてはまるものすべてにチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)	<input type="checkbox"/> 脳梗塞
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪肝肝疾患
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 月経異常・不妊
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 運動器疾患
<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	<input type="checkbox"/> 慢性関連腎臓病
<input type="checkbox"/> 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低喚起症候群	

- ⑦ 備考・その他の病歴や薬剤による副作用経験など

--

*当日持参していただくもの

- 紹介状 お薬手帳 保険証 ウゴービ®皮下注の処方が可能な患者要件シート