

患者要件確認書

①合併している疾患（該当する疾患をすべて選択してください）

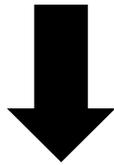
- 高血圧 脂質異常症 2型糖尿病

※薬物治療がなされている疾患を1つ以上選択してください。

該当する疾患が全くない場合はBMIが基準を満たしていても投与することはできません。

②BMI

BMIが27kg/m ² 以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する	BMIが35kg/m ² 以上
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



肥満に関連する健康障害

(BMI27kg/m²以上 35kg/m²未満の場合、該当するものをすべて選択してください)

- 耐糖能障害（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
- 非アルコール性脂肪性肝疾患
- 月経異常・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
- 肥満関連腎臓病

※BMI27kg/m²以上 35kg/m²未満の場合、2つ以上の健康障害を有していることが必要です。