

閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対するチルゼパチド導入目的紹介状

浜松医科大学医学部附属病院
循環器内科 担当医御侍史

医療機関名
医師名
TEL

～紹介元医療機関の先生方へご案内～
紹介前に以下を必ずご確認ください。
● 薬物療法目的でご紹介いただく場合は、こちらの用紙にご記入ください。
● BMI 27kg/m²以上50 kg/m²未満 かつ 中等症以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者
(精密検査でAHI 15以上、簡易検査でAHI or REI 30以上) をご紹介ください。
● 閉塞性睡眠時無呼吸症候群の検査結果を添付してください。
● 薬物療法適応外の場合はお断りさせていただく場合がございます。ご了承ください。

下記の方をチルゼパチド導入目的にてご紹介申し上げます。

患者氏名	身長	cm	体重	kg	
患者住所	電話番号				
生年月日	年	月	日生 (歳)	BMI	kg/m ²
睡眠時無呼吸症検査 (精密・簡易): AHI/REI					
events/hour		検査日	年	月	日
家族歴			既往歴		

✓ 肥満に関連する健康障害の合併状況

- | | |
|--|--|
| ☐ 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など) | ☐ 非アルコール性脂肪性肝疾患 |
| ☐ 脂質異常症 | ☐ 月経異常・女性不妊 |
| ☐ 高血圧 | ☐ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 |
| ☐ 高尿酸血症・痛風 | ☐ 運動器疾患 |
| ☐ 冠動脈疾患 | ☐ 肥満関連腎症 |
| ☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作 | ☐ なし |

上記に対する薬物療法 (別紙添付でも可)

✓ 現在までの食事・運動療法の状況および現在までの治療歴

食事	☐ なし	☐ あり (実施時期:	～	)
運動	☐ なし	☐ あり (実施時期:	～	)

✓ 患者さんへの確認事項

- ☐ 薬物治療開始前に最低3ヶ月以上の食事療法、運動療法の実践が必要なことを、患者さんが了解しています。
- ☐ 糖尿病・脂質異常症・高血圧が合併していない場合、投与期間は52週間になることを、患者さんは承知しています。
- ☐ 薬剤投与6ヶ月後にポリソムノグラフィーによる評価が必要になることを承知しています (当院検査入院: 約9万円、他院検査入院: 約3万円、外来検査: 約1万円)。

✓ 上記以外に罹患している疾患の治療状況について別紙記載

☐なし ☐あり