

# 体重管理およびGLP-1薬剤同意書

セマグルチドおよびチルゼパチドなどのGLP-1およびGIP薬剤による医学的監督下での体重管理に関する診療所内診療票および同意書

## クライアント情報

|             |        |
|-------------|--------|
| 名 *         | 姓 *    |
| メールアドレス *   | 電話番号 * |
| 生年月日 *      |        |
| YYYY年MM月DD日 |        |

## 健康と目標

|         |      |
|---------|------|
| 現在の体重 * | 身長 * |
| 目標体重    |      |

以前に試したことはありますか？

- ☐ 食事療法/カロリー管理
- ☐ 運動プログラム
- ☐ GLP-1薬剤（オゼンピック、ウェゴビー、モンジャロ、ゼップバウンド）
- ☐ フェンテルミンまたは他の食欲抑制剤
- ☐ バリアトリック手術
- ☐ まだ試していません

GLP-1薬剤を以前に使用した場合：どの薬剤か、用量、期間、および副作用は？

## 医学的スクリーニング

妊娠中、今後2ヶ月以内に妊娠を計画中、または授乳中ですか？ \*

- ☐ はい ☐ いいえ

本人または血族に髄様甲状腺がんまたはMEN 2の病歴はありますか？ \*

- ☐ はい ☐ いいえ

膵炎になったことはありますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

胆嚢疾患または胆石がありますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

腎臓病がありますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

胃不全麻痺または重度の逆流がありますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

インスリンまたはスルホニル尿素（例：グリピジド）を服用していますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

摂食障害の既往歴がありますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

糖尿病性網膜症がありますか？ \*

☐ はい ☐ いいえ

現在の薬および補助食品

アレルギー

他に医学的状態または最近の手術はありますか？

## リスクと合併症

一般的な副作用：吐き気、嘔吐、下痢、便秘、食欲低下、疲労、注射部位反応。これらは通常、開始時または用量増加時に最も強くなります。

重篤なリスク：

- 膵炎 - 治まらない重度の腹痛は直ちに報告する必要があります
- 胆嚢の問題、胆石を含む
- 腎障害 - 嘔吐または下痢後の脱水による
- 低血糖 - 特にインスリンまたはスルホニル尿素との併用時
- 甲状腺C細胞腫瘍 - 動物試験で認められた（枠囲み警告） - 髄様甲状腺がんまたはMEN 2の個人または家族歴がある場合は使用しないでください
- 胃排出の減速 - 手術前に麻酔科医にこの薬を服用していることを伝えてください
- 筋肉量の喪失 - 十分なタンパク質とレジスタンス運動がない場合

中止後の体重増加は一般的です。薬剤は栄養、活動、およびフォローアップを含むプログラムの一部です。

甲状腺腫瘍の枠囲み警告および肺炎、胆嚢疾患、腎障害、低血糖のリスクを理解しており、重度の腹痛、持続的な嘔吐、またはアレルギー反応の兆候が見られた場合、薬剤を中止して治療を求めることに同意します。

枠囲み警告と重篤なリスクを理解しています: \_\_\_\_\_

結果は個人差があること、薬剤中止後に体重が戻る可能性があること、フォローアップ受診に出席し、副作用を報告し、該当する場合は有効な避妊を使用する必要があることを理解しています。

結果がまちまちであり、フォローアップが必要であることを理解しています: \_\_\_\_\_

## プログラム同意書

処方されている薬剤が何であるか、それが先発医薬品か調剤医薬品であるか、調剤医薬品はFDA承認を受けていない、認可された薬局で調製され、強度または製剤が異なる可能性があることを理解しています。

薬剤の供給源を理解しています: \_\_\_\_\_

提供した医学情報が完全で正確であることを確認し、新しい妊娠を含む変更についてプロバイダーに通知することに同意します。

私の回答は完全で正直です: \_\_\_\_\_

## サービスログ

オフィス使用のみ

|         | 日付 | 体重 | 薬剤/用量 | メモ/副作用 |
|---------|----|----|-------|--------|
| エントリー 1 |    |    |       |        |
| エントリー 2 |    |    |       |        |
| エントリー 3 |    |    |       |        |
| エントリー 4 |    |    |       |        |
| エントリー 5 |    |    |       |        |
| エントリー 6 |    |    |       |        |

## 同意と署名

GLP-1またはGIP/GLP-1受容体作動薬の薬剤が含まれる可能性のある医学的に監督された体重管理プログラムに参加することに自発的に同意します。利益、リスク、代替手段（ライフスタイルプログラムおよび他の薬剤を含む）、および継続的な監視の必要性について説明を受けています。特定の結果が保証されていないことを理解しています。故意ではない場合を除き、このプログラムに関連した責任からプロバイダーと実践を免除します。

上記の情報を読んで理解し、情報に基づいた同意を与えることを確認します。

上記の情報を読んで理解しています: \_\_\_\_\_

---

署名

---

日付

---

名前を記入

日付 \*

---

YYYY年MM月DD日

**このフォームはConsentifyから無料で提供されています**

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。

テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。