

— 肥満症状状況確認書 —

患者氏名		性別	男 ・ 女
年齢	歳	生年月日	年 月 日 生
身長	cm	BMI	kg/m ²
体重	kg		

※初回受診時は血液検査に影響がでるため、朝欠食（飲水は可）での来院をお願いいたします

以下の内容をご確認いただき、□にチェック✓をお願いいたします

①京都済生会病院への通院について

- ☐ 平日日中のある程度決まった曜日で2カ月に1回以上の継続通院をする意思がある
※肥満症以外の疾患についてはこれまで通り、かかりつけ医へ継続通院をお願いいたします

②栄養指導について

- ☐ 投薬開始前に6カ月間、2カ月に1回以上の栄養指導が必須であることを理解している
※栄養指導を継続して受けた記録が必要なため、未達となった場合はやり直しとなります
☐ 投薬開始後も2カ月に1回以上の栄養指導が必須であることを理解している

③投薬対象疾患について

- ☐ BMI ≥ 35 kg/m²「高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれか1つ以上有すること」
☐ BMI ≥ 27 kg/m²「高血圧、脂質異常症、2型糖尿病のいずれか1つ以上有しており、さらに下記の肥満関連健康障害を含め合計で2つ以上有すること」が保険適用に必要となります

— 以下の疾患について診断・治療を受けたことのある□疾患にチェック✓をお願いいたします —

肥満関連健康障害

- ☐ 高尿酸血症・痛風 ☐ 冠動脈疾患（狭心症、心筋梗塞） ☐ 脳梗塞 ☐ 脂肪肝
☐ 睡眠時無呼吸症候群 ☐ 肥満低換気症候群 ☐ 運動器疾患（変形性膝関節症など）
☐ 肥満関連腎臓病 ☐ 月経異常・不妊

※以下の既往歴がある場合は原則投与不可となります

- ・ GLP-1 製剤の副作用 ・ 1型糖尿病 ・ 重度の胃腸障害 ・ 副腎不全・イレウス（腸閉塞）

④以下、本薬への理解をお願いします「必須：説明動画を紹介受診までに視聴してください」

- ・ 週1回の自己注射（皮下注）製剤である
- ・ 身体の状態や持病によっては投与不可である
- ・ 薬剤による副作用が出現する可能性がある
- ・ 肥満症治療薬の投薬のみで減量効果があるわけではなく、適切な食事療法・運動療法との組み合わせが必要である
- ・ 肥満症治療薬の投薬期間は限定されており、投与可能期間が終了すれば休薬の必要性がある

説明動画



上記をご確認いただいた上で、最終的な処方可否については医師の判断となりますこと予めご承知おきください

私は本書面の内容を十分理解し、これに同意します

年 月 日 氏名 (続柄)