

GLP-1 受容体作動薬 問診票

カルテ No. _____

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____		
連絡先	携帯電話	自宅(携帯電話がない場合)	

身長: _____ cm 体重: _____ kg 目標体重: _____ kg

1. GLP-1 受容体作動薬による減量治療に興味を持った理由を教えてください。(複数回答可)
 痩せたい 動くにつらい 体が重く、動くことに対して抵抗がある
 体が重く、腰や膝などの関節が痛い 引き締まった体にあこがれる 食欲を抑えたい
 GLP-1 受容体作動薬(この注射)が FDA(アメリカ食品医薬品局)の認可を受けている
 その他【 _____ 】

2. 今まで大きな病気をされたことや、慢性疾患で治療を受けていますか？
 いいえ ・ はい(病名: _____)

3. 現在、飲んでいる薬はありますか？ いいえ ・ はい (薬名: _____)

4. 体に合わない注射や薬はありますか？もしくは、なにかのアレルギーと診断されたことはありますか？
 いいえ ・ はい (具体的に: _____)

5. 下記項目は禁忌対象者です。該当事項はありますか？(既往含む)
 セマグルチド過敏症 重症感染症 糖尿病 妊娠中 2 か月以内に妊娠予定
 授乳中 膵炎 重度胃不全麻痺 腸閉塞 重度胃腸障害 脳下垂体機能不全
 副腎機能不全 激しい筋肉運動をする 過度のアルコール摂取

6. 下記薬剤使用中の方は低血糖リスクがあるので、GLP-1 受容体作動薬の使用はできません。
 該当事項はありますか？
 糖尿病治療薬全般
 (ビッグアナイド系薬剤・スルホニルウレア系薬剤・速効型食後血糖降下剤・α-グルコシダーゼ阻害剤・チアゾリジン系薬剤・DPP-4 阻害剤・SGLT2 阻害剤・インスリン製剤)

7. 他院で GLP-1 受容体作動薬による減量治療を行った経験はありますか？
 (_____)

8. 他の医療機関又ではなく、当院を選ばれた理由を教えてください。
 (_____)

9. 当院を知ったきっかけを教えてください。(ネット検索、家族や知人の紹介など)
 (_____)