

藤保クリニック 肥満症専門外来 問診票

ウゴービ/ゼップバウンド対応版

氏名		記入日	年 月 日
生年月日	年 月 日	電話番号	

最初にご確認ください

この欄は治療の適応と安全性を確認するための事前チェックです。チェック結果だけで治療可否は決まりません。診察・身体測定・検査を踏まえて医師が最終判断します。

1. 肥満症・薬物療法の適応に関する確認

- ☐ 身長 cm 体重 kg BMI kg/m²
- ☐ 肥満症の診断：BMI 25 以上で、以下の肥満関連健康障害を 1 つ以上指摘されている

☐ 耐糖能異常・2 型糖尿病	☐ 脂質異常症	☐ 高血圧
☐ 高尿酸血症・痛風	☐ 冠動脈疾患	☐ 脳梗塞・一過性脳虚血発作
☐ 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
☐ 運動器疾患（変形性関節症など）	☐ 肥満関連腎臓病	

薬物療法の検討に必要な確認（適否は医師が判断）

- ☐ 高血圧、脂質異常症、2 型糖尿病のいずれかを指摘された
- ☐ BMI 27 以上で、上記の肥満関連健康障害を 2 つ以上有する
- ☐ BMI 35 以上である
- ☐ 睡眠時無呼吸を指摘された：AHI 回/時 治療内容：
- ☐ 食事・運動・生活習慣の改善に取り組んだことがある 期間：

2. 治療開始前の安全確認

- ☐ 妊娠中・授乳中、または妊娠の可能性がある
- ☐ 1 年以内に妊娠を希望している
- ☐ 急性膵炎または慢性膵炎と診断されたことがある
- ☐ 胆石、胆嚢炎、胆管炎と診断されたことがある
- ☐ 胃不全麻痺、腸閉塞、重い胃腸障害がある
- ☐ 重い腎臓病、透析、重い肝臓病がある
- ☐ 摂食障害、極端な食事制限、過食嘔吐がある
- ☐ 糖尿病網膜症で治療中、または最近視力が急に变化した
- ☐ インスリンまたは SU 薬・グリニド薬を使用している
- ☐ GLP-1 受容体作動薬、マンジャロ、ウゴービ、ゼップバウンドを現在使用している
- ☐ 薬剤・注射で重いアレルギーを起こしたことがある

3. 現在治療中の疾患・治療薬

疾患名	医療機関名	治療薬・注射薬

※お薬手帳、健診結果、他院の検査結果をご持参ください。

4. 過去に使用した減量薬・糖尿病注射薬

- ☐ なし
- ☐ あり：☐ ウゴービ ☐ オゼンピック ☐ リベルサス ☐ マンジャロ ☐ ゼップバウンド ☐ サクセンダ ☐ その他（ ）
- ☐ 使用時期： 最大用量： 体重変化： kg
- ☐ 中止理由：☐ 効果不十分 ☐ 副作用 ☐ 費用 ☐ 供給 ☐ 妊娠希望 ☐ その他（ ）
- ☐ 副作用：☐ 悪心 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 腹痛 ☐ 胆石・胆嚢炎 ☐ 膵炎 ☐ その他（ ）

5. 体重の経過・減量歴

20 歳時	kg	過去最高	kg（ 歳）
成人後最低	kg（ 歳）	1 年前	kg
現在	kg	希望体重	kg
まず目指す減量	kg/ %	体重増加開始	歳頃

これまで試した方法（複数可）

- ☐ 食事量を減らす
- ☐ 糖質制限
- ☐ 断食・ファスティング
- ☐ 市販サプリ・健康食品
- ☐ 運動・ジム
- ☐ 他院の肥満外来
- ☐ 薬剤
- ☐ その他（ ）

6. 食事・飲酒・生活リズム

- ☐ 食事回数：☐ 3回 ☐ 2回 ☐ 1回 ☐ 不規則
- ☐ 朝食：☐ 毎日 ☐ とときき欠食 ☐ ほとんど食べない
- ☐ 夕食時刻：☐ 20時前 ☐ 20～21時 ☐ 21時以降
- ☐ 外食・コンビニ：週 回
- ☐ 甘い飲み物：☐ ほぼなし ☐ 週数回 ☐ 毎日
- ☐ お菓子・間食：☐ ほぼなし ☐ 週数回 ☐ 毎日
- ☐ 飲酒：☐ なし ☐ 週 1～3回 ☐ 週 4回以上 種類・量（ ）
- ☐ 食べ方：☐ 早食い ☐ 満腹まで食べる ☐ 夜食 ☐ ストレス食い ☐ 会食が多い

7. 運動・睡眠・仕事

- ☐ 仕事：☐ 座位中心 ☐ 立位・歩行中心 ☐ 夜勤あり ☐ 不規則勤務 ☐ 家事・育児中心
- ☐ 運動：☐ なし ☐ 週 1～2回 ☐ 週 3回以上 内容（ ）
- ☐ 平均歩数： 歩／日 平均睡眠： 時間／日
- ☐ ☐ 大きないびき ☐ 睡眠中の無呼吸 ☐ 日中の眠気 ☐ 朝の頭痛 ☐ CPAP 治療中
- ☐ 喫煙：☐ なし ☐ 過去にあり ☐ 現在あり（ 本／日）

8. 治療薬を選ぶ際に重視すること

ウゴービを検討しやすい希望 ☐ 開始費用を抑えたい ☐ ゆっくり段階的に増量したい ☐ 1本を4回使用するペンでも問題ない	ゼップバウンドについて相談したいこと ☐ 効果と副作用について確認したい ☐ 持病や治療歴をふまえて相談したい ☐ 1回使い切り・針内蔵の方が使いやすい
--	---

- ☐ 最優先：☐ 費用 ☐ 減量効果 ☐ 副作用の少なさ ☐ 注射の使いやすさ ☐ その他（ ）
- ☐ 自由診療の月額上限の目安：☐ 2万円 ☐ 3万円 ☐ 4万円 ☐ 5万円以上 ☐ 未定
- ☐ 注射への不安：☐ ない ☐ 少しある ☐ 強い 月1回の通院：☐ 可能 ☐ 難しい

9. 医師へ伝えたいこと