마운자로(GLP-1) 다이어트 요법 동의서

マンジャロ（GLP-1）ダイエット療法同意書

【약리 작용】【薬理作用】

GLP-1 수용체 작용제인 마운자로 피하주사를 사용합니다. 이 약은 원래 당뇨병 치료제로 개발된 의약품입니다. 췌장에 작용하여 혈당을 조절하고, 음식물이 위에서 장으로 내려가는 속도를 늦추며, 식욕 중추에 작용하여 식욕을 억제하고, 기초대사를 높이며, 지방을 분해하기 쉽게 하는 등의 생리 작용이 있어 체중을 줄이는 효과가 있다고 알려져 있습니다. 해외에서는 비만증 치료에 사용되고 있으나, 일본에서는 후생노동성이 당뇨병 치료제로만 승인하였으며 체중 감량 치료로 인가받은 것은 아닙니다. 또한 효과에는 개인차가 있으며 다이어트 효과를 100% 보장하는 것은 아닙니다.

GLP-1受容体作動薬であるマンジャロ皮下注を使用いたします。これはもともと糖尿病治療薬として開発された医薬品です。膵臓に作用して血糖をコントロールする、食べたものの胃から腸への排出を遅らせる、食欲中枢に働きかけ食欲を抑える、基礎代謝を上げる、脂肪を分解させやすくするなどの生理作用を有し、体重を減らす効果があると言われています。海外では肥満症の治療として使用されていますが、日本では厚生労働省が糖尿病治療薬としてのみ承認しており、痩身治療として認可を受けたものではありません。なお、効果には個人差があり、ダイエット効果を100%保証するものではありません。

【GLP-1 치료를 받을 수 없는 분】【GLP-1治療が出来ない方】

☐ 만 18세 미만, 70세 이상인 분
18歳未満の方、70歳以上の方

☐ 임신 중, 수유 중, 임신 가능성이 있는 분, 출산 후 3개월 이내인 분
妊娠中、授乳中、妊娠の可能性がある方、産後3ヶ月以内の方

☐ 당뇨병이 있는 분
糖尿病のある方

☐ 갑상선 질환, 췌장 질환, 장폐색, 췌장염, 신장 기능 장애, 간 기능 장애, 담낭 질환, 내분비 종양, 헤르페스, 지각 과민이 있는 분, 투석 중인 분
甲状腺疾患、膵臓疾患の方、腸閉塞、膵炎、腎機能障害、肝機能障害の方、胆のうの病気、内分泌腫瘍、ヘルペス、知覚過敏、透析中の方

☐ 섭식 장애(폭식증·거식증), 우울증이 있는 분
摂食障害（過食症・拒食症）、うつ病の方

☐ 저체중인 분 (마운자로는 BMI 19 이상인 분이 대상입니다. 치료 계속 중 BMI가 기준 미만이 되면 안전을 위해 처방을 중지합니다.)
低体重の方（マンジャロはBMI19以上の方が対象となります。治療継続により対象BMIを下回った場合は、安全のため処方を中止いたします。）

☐ 심한 운동, 과음, 영양 불량 등으로 저혈당이 일어날 우려가 있는 분
激しい運動やアルコール過飲、栄養不良など低血糖をおこす恐れがある方

☐ 악성 종양 치료 중인 분
悪性腫瘍の治療中の方

☐ 항혈소판제·항응고제를 복용 중인 분
抗血小板薬・抗凝固薬を服用中の方

☐ 경구 피임약(필)을 복용 중인 분
ピル内服中の方

【부작용】【副作用】

- 메스꺼움, 식욕 부진, 변비, 설사, 권태감 등에서 급성 신장 손상에 이를 우려가 있습니다.
  嘔気、食欲不振、便秘、下痢、倦怠感などから急性腎障害に至る恐れがあります。
- 자가 주사로 인한 멍, 통증, 발적, 열감, 응어리 등.
  自己注射による内出血、痛み、赤み、熱感、硬結など。
- 중대한 부작용으로 저혈당, 췌장염, 장폐색 등.
  重大な副作用として低血糖、膵炎、腸閉塞など。
- 저혈당 증상이 나타나면 즉시 당분을 섭취해 주십시오. (예: 식은땀, 두통, 의식 소실, 눈의 침침함, 이상 행동, 빠른 맥박, 공복감, 경련, 손발 떨림, 졸음(하품), 혼수, 안면 창백 등)
  低血糖症状が出た場合は速やかに糖分を摂取してください。（低血糖症状の例：冷汗、頭痛、意識消失、目のかすみ、異常行動、脈が速くなる、空腹感、けいれん、手足の震え、眠気（生あくび）、昏睡、顔面蒼白など）
- 드물게 알레르기, 발적, 부기, 발진, 두근거림, 아나필락시스 쇼크 등이 생길 수 있습니다. 이 경우 즉시 의료기관에 상담해 주십시오.
  まれにアレルギー、発赤、腫脹、発疹、動悸、アナフィラキシーショックなどを生じることがあります。その際は直ちに医療機関へご相談ください。
- 10대 여성의 경우 생리 불순이 일어날 위험이 있습니다.
  10代女性の場合、生理不順が起こるリスクがあります。

【투여 방법】【投与方法】

- 주 1회, 본인이 복부·허벅지에 주사합니다.
  週1回、自身で腹部・大腿部に注射をします。
- 먼저 2.5mg을 주 1회, 4주간 주사합니다. 그 후 5mg으로 주 1회 주사를 계속합니다. (2.5mg으로 계속하는 것도 가능)
  まずは2.5mgで週1回、4週間注射します。その後5mgで週1回注射を継続します。（2.5mgで継続することも可能）
- 21일간은 실온 보관이 가능하지만, 만일을 위해 냉장고에 보관해 주십시오.

21日間なら常温可能ですが、念のため冷蔵庫に入れて保管して下さい。

- 주사를 잊은 경우, 다음 주사 예정일까지 3일(72시간) 이상 남았으면 알아차린 즉시 1회분을 주사하고, 그 후에는 원래 정해진 요일에 주사하십시오. 3일(72시간) 미만이면 잊은 분은 주사하지 말고 다음 예정일에 1회분을 주사하십시오.
  注射を忘れた場合は、次回注射予定日まで3日間（72時間）以上であれば、気づいた時点で直ちに1回分を注射してください。その後はあらかじめ決められた曜日に注射をして下さい。次の注射予定日まで3日（72時間）未満の場合は、忘れた分は注射せずに、次の予定日に1回分を注射してください。

【확인 사항】【確認事項】

- 어떠한 경우에도 반품·환불은 불가합니다.
  いかなる場合においても、返品・返金はできかねます。
- 부적절한 사용 방법으로 발생한 문제에 대해서는 일절 책임을 지지 않습니다.
  不適切な使用方法の際に発生するトラブルにつきましては、一切責任を負いかねます。
- 치료 효과는 체질, 기저 질환, 식사, 일상의 운동량 등에도 영향을 받으며 절대적인 효과를 보장하지 않습니다.
  治療の効果は、体質や基礎疾患、食事や日々の運動量等にも影響を受け、絶対の効果を保証するものではありません。
- 적응 외 사용이므로 일본의 의약품 부작용 피해 구제 제도의 대상이 아니며, 치료에 따른 부작용 및 건강 피해가 발생한 경우 본인 부담으로 치료하게 되고 모두 본인 책임이 됩니다. 어떠한 합병증이 발생한 경우에도 당원은 책임을 지지 않습니다.
  適応外使用のため、医薬品副作用被害救済制度の対象外となり、治療に伴う副作用および健康被害が発生した場合は自己負担での治療となり、すべて自己責任となります。何らかの合併症が起きた場合にも、当院では責任を負いかねます。
- BMI 19 전후에서 계속 사용하여 금기 기준에 도달해 건강 피해가 생긴 경우에도 본인 책임이 됩니다.
  BMI19前後での継続使用により、禁忌基準に達して健康被害が生じた場合も自己責任となります。
- 체중을 거짓으로 신고한 경우에 생기는 불이익이나 건강 피해도 본인 책임이 됩니다.
  体重を偽って申告した場合に生じる不利益や健康被害についても、自己責任となります。
- 1년 이상 계속 사용하거나 용량을 변경할 때에는 다시 진찰을 받아야 합니다.
  1年以上の継続使用や用量変更の際は、改めて診察を受けていただきます。
- 1회 처방으로 받을 수 있는 수량은 최대 12개(약 3개월분)입니다.
  1回の処方でお受け取りいただける本数は最大12本（約3ヶ月分）です。
- 사용한 주사바늘은 의료 폐기물입니다. 폐기 방법은 지자체마다 다르므로 거주 지역의 규칙에 따라 폐기해 주십시오. 폐기할 수 없는 지역인 경우 당원으로 반송해 주십시오. 반송료는 환자 부담입니다.
  使用済み注射針は医療ゴミとなります。破棄方法は自治体によって異なるため、お住まいの市区町村の規則に従い破棄をお願いいたします。破棄できない自治体の場合は当院へ返却をお願いします。返送代については患者様のご負担になります。
- 마운자로는 냉장 보관 의약품이므로 배송은 냉장(칠드) 택배로 합니다. 별도 배송료가 듭니다. 일본 국외로는 배송할 수 없습니다.
  マンジャロは冷蔵保存となるため、チルド便での配送になります。別途配送料がかかります。日本国外への発送はできません。

본인은 위에 기재된 사항(치료에 따른 부작용, 건강 피해에 대한 본인 책임을 포함)을 충분히 이해하고 승낙하였으므로, 본인의 책임 하에 자유 진료를 받습니다.
私は、上記記載の事項（治療に伴う副作用、健康被害の自己責任を含む）について十分理解し了承しましたので、自己責任の上で自由診療を行います。

작성일 記入日	년　월　일
성명 (로마자) 氏名（ローマ字）	
생년월일 生年月日	년　월　일
서명 署名（自署）	

마운자로 사용에 관한 특례 동의서

マンジャロ使用に関する特例同意書

※ BMI 23 미만인 분만 작성합니다.
※BMI23未満の方のみご記入ください。

본인은 귀원의 GLP-1 수용체 작용제 「마운자로」 사용 기준이 원칙적으로 BMI 23 이상인 분을 대상으로 하고 있음을 이해합니다.
私は、貴院におけるGLP-1受容体作動薬「マンジャロ」の使用基準が、原則としてBMI23以上の方を対象としていることを理解しています。
그 위에서 의사와 상담한 후 본인의 의사에 따라 BMI 23 미만이라도 본 약의 사용을 희망합니다.
そのうえで、医師に相談のうえ、自らの意思により、BMI23未満であっても本剤の使用を希望します。
본 건은 원칙 외의 대응임을 승낙하며, 충분히 이해한 후 동의합니다.
本件は、原則外の対応であることを了承し、十分に理解したうえで同意いたします。

작성일 **記入日**	년 월 일
성명 (로마자) **氏名（ローマ字）**	
서명 **署名（自署）**	

의료법인사단 후쿠미카이 히로클리닉
医療法人社団 福美会 ヒロクリニック