

## 【マンジャロ同意書・説明書】

マンジャロは「GIP/GLP-1 受容体作動薬」というお薬で、食欲の抑制、胃排出遅延、血糖値改善作用を通して、体重減少を目的としています。 GIP と GLP-1 は血糖値を下げる働きのあるホルモンで、膵臓に働きかけてインスリンの分泌を促進し、血糖値を低下させます。消化管の動きをゆっくりにするため、少ない食事量で満腹感と、満腹感の持続を感じ、食事量のコントロールが期待できます。また、血糖値が高いときにだけ働くため、副作用である低血糖が起こりにくく肝臓や脂肪細胞での脂肪分解を促進すると言われています。糖尿病治療薬として承認された薬剤を肥満治療目的で自由診療として使用いたします。

### 【薬剤について】

使用薬剤は『マンジャロ(チルゼパチド)』であり、週に 1 回皮下注射する治療です。用量は医師の診断により、2.5m g から開始、段階的に増量する場合があります。

### 【副作用】

低血糖)

低血糖症状として冷や汗、吐き気など現れた場合は、ブドウ糖を含むものを摂取して下さい。それでも症状が改善しない場合は医療機関を受診して下さい。食事は規則正しく摂取し、多量の飲酒、長時間の激しい運動、絶食は避け、低血糖を予防して下さい。

胃腸の症状)

マンジャロには胃腸の動きを抑制することで食欲を抑制する効果があります。使い始め、体が慣れるまでの間は吐き気やむかつき、便秘、下痢などの胃腸系症状が起こることがあります。便秘時には市販の便秘薬を併用いたいただいても構いません。また、食事に関しては消化に良いものを摂り、胃腸への負担を軽くするようにして下さい。普段よりも多めに水をこまめに飲むようにして下さい。徐々に症状は治まってきます。

その他)

浮動性めまい、味覚異常、ごく稀に急性膵炎やアナフィラキシーショック、継続使用する場合、甲状腺腫瘍を引き起こす場合があります。万が一嘔吐を伴う継続的な激しい腹痛、呼吸が苦しい等の症状が生じた場合はすみやかに医療機関を受診して下さい。

使用時の注意点

- ・週 1 回、同一曜日に注射して下さい。なるべく同じ時間帯で注射するのが望ましいです。(多少の変動可)
- ・胃腸障害が強い場合は受診し、医師にご相談下さい。
- ・注射針による内出血、注入部分に腫れ、痛み、赤み、かゆみ、つっぱり感、熱感、硬結を生じることがあります。毎回注射部位の変更が必要となります。

### 【注射を忘れたとき】

- ・次回注射までの期間が 3 日間 (72 時間) 以上であれば、気づいた時点で直ちに注射し、その後はあらかじめ定めた曜日に投与してください。

### 【保管と取り扱い方法】

- ・灰色のキャップは使用直前に取り外して下さい。一度取り外したキャップは付け直すと針を破損させる原因になります。
- ・注射薬は一部にガラスが使われているので丁寧に取り扱いして下さい。
- ・硬い床や地面に落としたときはそれを使用せず、新しい注射器をご使用下さい。
- ・凍結を避けて冷蔵庫（2～8℃）で光を避けて保管して下さい。
- ・お子様の手の届かないところに保管して下さい。

### 【破棄方法】

- ・使用後に針が自動的に本体内に戻るように設計されていますが、廃棄の際は、針が露出していないことを確認して下さい。
- ・針に触れる可能性がありますので、使用後底面から本体の中に指が入らないようご注意ください。
- ・使用済みの注射器は一般ごみでは破棄できません。収納されている針に触れずに、しっかりフタのできる固い容器に入れ（牛乳パックやペットボトル）に入れて、クリニックにご持参下さい。
- ・使用した注射器以外のその他のゴミは家庭用一般ごみで破棄して下さい。

### 【注意事項/禁忌事項】

以下に当てはまる方は処方出来ません。現在治療中の病気がある場合は主治医にご相談下さい。

- ・肺炎などの臓器疾患の既往、甲状腺疾患の既往、重度の胃腸障害（胃潰瘍、炎症性腸疾患など）
- ・心機能、腎機能が低下している方
- ・透析療法を受けている方
- ・脳下垂体機能不全または腎機能不全の方
- ・大きな腹部手術、腸閉塞の既往がある方。
- ・本剤の成分に対してアレルギーの既往歴がある方
- ・糖尿病薬、甲状腺機能低下症のお薬、ピル（経口避妊薬）、ワーファリンを服用中の方
- ・うつ病をはじめとする精神疾患をお持ちの方
- ・注射部位の近くに人工物が入っている方
- ・体脂肪率が男性 15%未満、女性 25%未満の方、BMI が 18 未満の方
- ・妊娠中・授乳中・または妊活中の方
- ・低血糖を起こす可能性が高い以下の状態の方（飢餓状態、食事摂取量の不足、不規則な食事摂取）
- ・過度のアルコール摂取者

### 【自己注射について】

本治療は原則として自己注射により行います。医師、看護師から注射方法の説明を受け理解した上で実施します。ご不明点がある場合は随時ご相談ください。

上記内容を理解し、禁忌事項に当てはまる項目はありません。また副作用、注意事項についても理解し、同意いたします。

令和     年            月            日            患者氏名