

MTX・生物学的製剤・JAK阻害薬をお使いの患者様へ

お名前

次回来局予定日(予約日)

月

日

お薬を安全に使用していただくための確認事項です。当てはまることがあればチェックをつけてください

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ①以前になかった咳や息苦しさはありませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ②38度以上の高熱はありませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ③咳や痰が良くなったり悪くなったりを繰り返していませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ④食事がとれないほどの口内のただれはありませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑤体に青あざができるなど出血しやすい傾向はありませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑥原因不明な皮膚の症状や傷はありませんか？
(発疹、水ぶくれ、腫れ、圧痛、チクチク刺すような痛み) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑦わきや首回りのしこりはありませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑧注射部位が赤く腫れたり、全身が痒くなったりしませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑨筋肉痛や尿が赤くなったりしませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑩腹痛や下痢、便が赤くなったりしませんか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ⑪必要があれば上記の件を病院に報告しても良いですか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |
| ⑫廃棄容器は必要ですか？(注射をしている場合) | <input type="checkbox"/> ビニール | <input type="checkbox"/> ボックス | <input type="checkbox"/> 不要 |

薬局使用欄