

MTX・BIO・JAK阻害薬 服薬情報提供書 FAX： 0123-72-4179

栗山赤十字病院 薬剤部 御机下

報告日 年 月 日

患者名： (ID：)	保険薬局 名称・住所
生年月日：	
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： FAX： 担当薬剤師：

使用 薬剤名	<input type="checkbox"/> レミケード <input type="checkbox"/> ヒュミラ <input type="checkbox"/> シンポニー <input type="checkbox"/> エンブレル <input type="checkbox"/> エタネルセプトBS <input type="checkbox"/> アクテムラ <input type="checkbox"/> オレンシア <input type="checkbox"/> コセンティクス <input type="checkbox"/> オルミエント <input type="checkbox"/> メトトレキサート
【服薬状況】	<input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日より多かった <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不良	
【副作用チェック】	
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
【その他の連絡事項】	
病院記載欄： <input type="checkbox"/> FAX内容チェック済み	担当薬剤師
<input type="checkbox"/> 医師へ情報提供済み	