

# 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：
生年月日：(T・S・H・R) 年 月 日	住所：
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	TEL： FAX：
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるため報告いたします。	担当薬剤師：

使用薬剤名	<input type="checkbox"/> インフリキシマゴBS <input type="checkbox"/> ヒュミラ <input type="checkbox"/> シンボニー
	<input type="checkbox"/> エンブレル <input type="checkbox"/> エタネルセプトBS <input type="checkbox"/> ナノゾラ
	<input type="checkbox"/> アクテムラ <input type="checkbox"/> ケブザラ <input type="checkbox"/> オレンシア
	<input type="checkbox"/> コセンティクス <input type="checkbox"/> ビンゼレックス <input type="checkbox"/> オルミエント
	<input type="checkbox"/> リンヴォック <input type="checkbox"/> メトトレキサート <input type="checkbox"/> メトジェクト

【服薬状況】

服薬アドヒアランス 良好 不良 飲み忘れが重なった  
処方日数が服薬日より多かった  
その他 ( )

【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？ なし あり

②38度以上の高熱はありませんか？ なし 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？ なし 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？ なし 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？ なし あり

⑥原因不明な皮膚の症状や傷はありませんか？ なし あり  
(発疹、水ぶくれ、腫れ、圧痛、チクチク刺すような痛み)

⑦わきや首回りのしこりはありませんか？ なし 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？ なし あり

⑨筋肉痛や尿が赤くなったりしませんか？ なし あり

⑩腹痛や下痢、便が赤くなったりしませんか？ なし あり

【処方内容チェック】

75歳以上でメトトレキサート8mg/週以上の用量となっている

メトトレキサート服用中だがフォリアミン併用となっていない

【その他の連絡事項】

【病院記載欄】

FAX内容チェック済み

医師へ情報提供済み 担当薬剤師：