

# MTX・BIO・JAK阻害薬 服薬情報提供書

FAX：0123-724179

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：
□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"/> エタネルセプトBS <input type="checkbox"/> オレンシア <input type="checkbox"/> オルミエント <input type="checkbox"/> メトトレキサート	<input type="checkbox"/> アダリムマブBS <input type="checkbox"/> ナノゾラ <input type="checkbox"/> コセンティクス <input type="checkbox"/> リンヴォック <input type="checkbox"/> メトジェクト	<input type="checkbox"/> シンボニー <input type="checkbox"/> アクテムラ <input type="checkbox"/> ビンゼレックス <input type="checkbox"/> ジセレカ <input type="checkbox"/> ゼルヤンツ	<input type="checkbox"/> エンブレル <input type="checkbox"/> ケブザラ
-------	---	--	---	---

## 【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すか？ 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：