

# 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"/> アダリムマブBS <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"/> リンヴオック <input type="checkbox"/> ジセレカ <input type="checkbox"/> ゼルヤンツ <input type="checkbox"/> メトトレキサート <input type="checkbox"/> メトジェクト
<b>【服薬状況】</b> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 処方日数が服薬日より多かった <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>【副作用チェック】</b> 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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？ <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	
<b>【処方内容チェック】</b> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	
<b>【その他の連絡事項】</b>	
<b>【病院記載欄】</b> <input type="checkbox"/> FAX内容チェック済み <input type="checkbox"/> 医師へ情報提供済み 担当薬剤師：	