（

MTX・BIO・JAK阻害剤　服薬情報提供書　FAX：092－410－2107

千早病院　薬局　　　　御机下　　　　　　　　　　　　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ）生年月日： | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない |
| [ ]  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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤名 | **□インフリキシマブＢＳ　　□ アダリムマブ 　　□ シムジア 　　□ シンポニ―　　　　　　　　　　　　　　　　 □ エタネルセプト　□アクテムラ　□ケブザラ　　　□ オレンシア****□ ゼルヤンツ 　□ オルミエント 　□スマイラフ　□ジセレカ　　□リンヴォック****□ MTX** |
| 【服薬状況】　　　　　　　　　　　　　　　□飲み忘れが重なった服薬アドヒアランス　□良い　　□不良　　□処方日数が服用日より多かった　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□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
2. 38度以上の高熱はありませんか？　　　　　　　　　　　　　　 　　 □なし　　　□あり
3. 軽い咳や痰が良くなったり悪くなったりを繰り返していないか？　　　□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？

（発疹、水ぶくれ、腫れ、圧痛、チクチク刺すような痛み）　　　　　□なし　　　□あり1. わきや首周りのしこりはありませんか？ 　　　　　　　　 　　□なし　　　□あり
2. 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
3. 筋肉痛や尿が赤くなったりしませんか？ 　 　□なし　　　□あり
4. 腹痛や下痢、便が赤くなったりしませんか？ 　　　□なし　　　□あり

【その他の連絡事項】 |
| 病院記載欄：□　FAX内容チェック済み　　　　　　　　　　担当薬剤師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　医師へ情報提供済み |