

千早病院 薬局 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	☐ 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。		TEL：	FAX：
		担当薬剤師：	印

使用 薬剤名	☐ インフリキシマブBS ☐ アダリムマブ ☐ シムジア ☐ シンボニー ☐ 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】 服薬アドヒアランス ☐ 良い ☐ 不良 ☐ 飲み忘れが重なった ☐ 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
⑦ わきや首周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
【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			