リウマチ性疾患薬学的管理指導記録

薬

|  |  |
| --- | --- |
| 指導患者名簿の左端にある患者番号 |  |

該当するものすべてに☑してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　代 | 　　　　　　　　　歳代 | 性　　別 | * 男　・　□ 女
 |
| 施 設 名（処方箋発行機関） |  | 転　　帰 | □ 寛　解□ 継続中□ 中　止□ 転　院□ 死　亡 | 令和　　 年　　 月 |
| 診断名またはリウマチ性疾患治療薬の主たる調剤薬名（推定されるものも含む） | ※指導患者名簿と同じ診断名 |
| 合併症に対する治療薬の主な調剤薬名 |  |
| 処方箋区分 | □院　内□院　外 | 調剤区分 | □外　来□入　院 | 職　業 | ※該当がない場合は「無し」等と記入 |
| 既 往 歴 | ※該当がない場合は「無し」等と記入 |
| 治　療 : 現在および過去の処方（過去の処方については分かる範囲でよい）

|  |  |
| --- | --- |
| 経口DMARDs (用量) | 生物学的製剤・JAK阻害剤・ステロイド剤など （用量） |
|  | イグラチモド　　　　　 □現処方　□既往 ( )サラゾスルファビリジン □現処方　□既往 ( ) |  | TNF阻害薬　　　　　　 □現処方　□既往 ( )IL- 6阻害薬　　　　　　 □現処方　□既往 ( ) |
|  | タクロリムス　　　　　 □現処方　□既往 　　　　　　　　　　　　　 ( )ブシラミン　　　　　　 □現処方　□既往 　　　　　　　　　 ( )メトトレキサート　　　 □現処方　□既往 　　　　　　　　　　　 ( )その他（　　　　　 　）□現処方　□既往 　　　　　　　　　　　 ( ) |  | T細胞共刺激阻害薬　　　□現処方　□既往 ( )JAK阻害剤　　　　　　 □現処方　□既往 ( 　　　 )副腎皮質ステロイド □現処方　□既往 ( )NSAIDs　　　　　　　　□現処方　□既往 ( 　　　　　 )その他（　　　　　　　）□現処方　□既往 　　　　( 　　　　　　 ) |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※薬学的管理指導内容 | ※リウマチ性疾患治療薬の調剤薬名、用法、用量、投与期間、検査値等について具体的に記載するとともに、どのような指導を行ったのかについて記載してください。※同一施設内において、他の申請者と同一症例を担当した場合であっても、「リウマチ性疾患薬学的管理指導記録」の対象とすることは可能です。ただし、その場合は、自身が担当した内容について個別性をもって記載してください。他の申請者と同一内容の記載は認められません。　 |
| 備　　考 | ※該当がない場合は「無し」等と記入　 |

※薬学的管理指導内容は薬学管理料請求症例では、国の定める薬剤服用歴記録に基づいて記載してください。

※略語（病名・薬物名）の扱いは、リウマチ性疾患薬学的管理指導患者名簿と同等とします。

|  |
| --- |
| 申請者氏名　 |

※薬学的管理指導内容については、文字数を400文字から500文字で作成してください。フォントサイズは10.5を推奨します。

※転帰について空欄が目立ちます。継続中の場合は作成した年月を記入してください。

※**記載例を十分に参考にしてください。**

※上記の赤字によるコメントは、作成の際には消してからご使用ください。