リウマチ性疾患薬学的管理指導患者名簿

薬

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 | 施 設 名（処方箋発行機関） | 性別 | 年代 | 診断名またはリウマチ性疾患治療薬の主たる調剤薬名 | 主な薬学的管理指導の内容（画一的でなく、症例毎に個別的に記載） |
| 1 | 　 | 男・女 | 歳代 | 関節リウマチまたは主たる抗リウマチ薬調剤薬名（※）↑削除して使用下さい |  |
| 2 |  | 男・女 | 歳代 | 関節リウマチまたは主たる抗リウマチ薬調剤薬名（※）↑削除して使用下さい |  |
| 3 |  | 男・女 | 歳代 | 関節リウマチまたは主たる抗リウマチ薬調剤薬名（※）↑削除して使用下さい |  |
| 4 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| 5 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| 6 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| 7 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| 8 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| 9 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| 10 |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
|

|  |
| --- |
| 申請者氏名　　　 |

※患者番号1～３については、関節リウマチまたは抗リウマチ薬の調剤薬を使用した症例を記入してください。※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、対象患者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。※本申請に記載可能な略語は、次の通りです。下記以外の病名や薬物名の略語の使用はできませんので、下記以　外の略語を使う場合は、初出箇所にfull spellingと略語を記載し、以降は略語で記載して頂いて結構です。（例：治療薬としてはMTXにトファシチニブ(TOF)を追加した。TOF併用により・・・・・） **【病名】**OA：変形性関節症（osteoarthritis）RA：関節リウマチ（rheumatoid arthritis）SLE：全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus）**【薬物名】**「日本リウマチ学会リウマチ学用語・WEB検索」（https://www.ryumachi-jp.com/yougo/search.php）参照・副腎皮質ステロイド（グルココルチコイド）　　　・生物学的製剤（bDMARDs）PSL：プレドニゾロン　　　　　　　　　　　　　　 ABT：アバタセプト　 ・従来型抗リウマチ薬（csDMARDs）　　　　　　　　 ADA：アダリムマブBUC：ブシラミン　　　　　　　　　　　　　　　 CZP：セルトリズマブ　ペゴルIGU：イグラチモド　　　　　　　　　　　　　　　 ETN：エタネルセプトLEF：レフルノミド　　　　　　　　　　　　　　 GLM：ゴリムマブMTX：メトトレキサート　　　　　　　　　　　　　 IFX：インフリキシマブMTX SC：メトトレキサート皮下注射　　　　　　　　OZR：オゾラリズマブSASP：サラゾスルファピリジン　　 SAR：サリルマブTAC：タクロリムス　　　　　　　　　　　　　　 TCZ：トシリズマブ　　・JAK阻害薬　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ・バイオシミラー（BS)BAR：バリシチニブ　 ADA BS：アダリムマブバイオシミラー FIL：フィルゴチニブ　　　　　　　　　　　 　 ETN BS：エタネルセプトバイオシミラーPEF：ペフィシチニブ　　　　　　　　　　　　　 IFX BS：インフリキシマブバイオシミラーTOF：トファシチニブ　　　　　　　　　　　　　　UPA：ウパダシチニブ　　　　　　　　　　　　　  |