



リウマチ性疾患薬学的管理指導記録

指導患者名簿の左
端にある患者番号

3

該当するものすべてに☑してください。

年 代	40 歳代	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		
施 設 名 (処方箋発行機関)	リウマチ財団病院膠原病内科	転 帰	<input type="checkbox"/> 寛 解 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 転 院 <input type="checkbox"/> 死 亡	令和 X 年 4 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)	RA				
合併症に対する治療 薬の主な調剤薬名	なし				
処方箋区分	<input checked="" type="checkbox"/> 院 内 <input type="checkbox"/> 院 外	調剤区分	<input checked="" type="checkbox"/> 外 来 <input type="checkbox"/> 入 院	職 業	主婦
既 往 歴	28 歳：虫垂炎 36 歳：顔面帯状疱疹				
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	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		TNF 阻害薬	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 (ADA40mg/2 週)	
サラゾスルファピリジン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		IL- 6 阻害薬	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	
タクロリムス	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		T 細胞共刺激阻害薬	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	
ブシラミン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		JAK 阻害剤	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	
メトトレキサート	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 (10mg/週)		副腎皮質ステロイド PSL	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 (5mg/朝)	
その他（フォリアミン錠）	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 (5mg/朝)		NSAIDs（ロキソニン錠）	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 (1 錠頓用)	
			その他 ()	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	
※薬学的管理 指導内容	令和X年4月、日本クリニックより当院膠原病内科を紹介受診され、RA の確定診断となる。RA 診断確定前から RA に対する不安が大きいため、RA の病態や薬剤について説明した。MTX 錠開始となったため、結核およびB 型又はC 型肝炎ウイルスによる重篤な肝炎や肝障害の発現防止のための検査の確認とその指導を行った。MTX 錠は決められた曜日に服用することや副作用軽減のためのフォリアミン錠を併用する必要性について指導した。 同年6月、症状改善が認められなかったため、PSL5mg 錠が開始となり、今後漸増する可能性と自己判断で急に服用を中止することのないよう離脱症状について説明した。 令和〇年1月にADA 導入となり、薬剤の保管方法をはじめ、手技の指導を行った。また、重篤な副作用の一つである間質性肺炎の初期症状をはじめ感染対策の必要性について指導した。RA が改善すれば PSL 錠や MTX 錠の減量も可能である旨説明し、アドヒアランスの確認を行った。 現在、MTX 錠 10mg g /週、PSL 錠 5mg/日、ADA 注シリンジ 40mg/2 週にて安定しており、今後 PSL 錠の減量および MTX 錠をライススタイルに合わせた用法に変更しつつ治療を継続中である。				
備 考	現在、夫が単身赴任中であるため、家事と育児を一人で行っており、関節への負荷が懸念される。				

※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。

※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。

申請者氏名 財団 薬太郎



リウマチ性疾患薬学的管理指導記録

指導患者名簿の左端にある患者番号

5

該当するものすべてに☑してください。

年 代	20 歳代	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		
施 設 名 (処方箋発行機関)	リウマチ財団病院膠原病内科	転 帰	<input type="checkbox"/> 寛 解 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 転 院 <input type="checkbox"/> 死 亡	令和 X 年 4 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)	S L E				
合併症に対する治療薬の主な調剤薬名	足底部白癬菌症 (ラミシールクリーム 0.1%)、ネキシウムカプセル(10)、ムコスタ錠(100)、				
処方箋区分	<input checked="" type="checkbox"/> 院 内 <input type="checkbox"/> 院 外	調剤区分	<input type="checkbox"/> 外 来 <input checked="" type="checkbox"/> 入 院	職 業	大学生
既 往 歴	特発性血小板減少性紫斑病 単純性甲状腺腫				
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	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	TNF 阻害薬	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		
サラズルスファピリジン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	IL- 6 阻害薬	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		
タクロリムス	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 (1 mg 3C)	T 細胞共刺激阻害薬	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		
ブシラミン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	JAK 阻害剤	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		
メトトレキサート	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	副腎皮質ステロイド	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	(PSL5mg1 日 6 錠)	
その他 ()	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()	NSAIDs	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		
		その他 ()	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往 ()		
※薬学的管理指導内容	ステロイド多量療法中であり、ステロイド多量と長期使用の必要性を説明し、受容の促しを行った。副作用について、とくに中心性肥満とステロイドざ瘡の説明をし、食生活や日常生活での注意点について指導を行った。また、ステロイド性骨粗鬆症予防のためのフォサマック併用の必要性和服用時や歯科受診時の注意点について説明を行った。さらに今回は再発であり、腎臓保護のため免疫抑制薬：プログラフの併用となり、プログラフの薬剤としての説明、血中濃度モニタリングの必要なこと、薬剤相互作用、グレープフルーツなど食品により血中薬物濃度が変動することへの配慮が必要なことを指導した。退院後は院外処方となるため、保険薬局での薬剤師から積極的な情報提供と指導を受けるように説明した。				
備 考	妊娠と薬剤との関連について、本人とともに母親にも懸念があり、改めて担当医との調整後説明することとなった。				

※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、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。

※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。

申請者氏名 財団 薬太郎