服薬情報提供書～炎症性腸疾患用～

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  |  | 情報提供元保険薬局の名称 |  |
| 患者氏名 |  |  | 電話番号 |  |
| 処方箋発行日 | 令和　　年　　月　　日 |  | FAX番号 |  |
| 調剤日 | 令和　　年　　月　　日 |  | 保険薬剤師氏名 |  |

島根大学医学部附属病院　殿

保険薬局 ⇔ 薬剤部（IBDセンター担当薬剤師） ⇔ 主治医　 　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **コンプライアンス評価について以下5項目を患者様にお聞きください（複数回答可）**  * コンプライアンスは良好である * 薬を飲み忘れたことがある * 薬を飲むとき不注意で間違うことがある * 調子がいいと薬を飲むのをやめることがある * 体調が悪くなる（炎症性腸疾患増悪以外）と薬を飲むのをやめることがある | |
| 1. **処方薬剤の服薬状況及びそれに対する指導に関する情報**  * 保険薬局からの情報提供（保険薬局からのその他の情報の欄）（別添）参照 * 残数調整は行っていないが、残薬が多数存在する可能性あり * 残薬・残数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   服薬状況及び指導の詳細、その他（下記スペースに記載ください） | |
| 1. **服薬コンプライアンス不良の場合：理由・患者の訴え・薬剤服用に係る意向など（複数回答可）**  |  |  | | --- | --- | | * 調子が良かったので飲まなかった | * 仕事や学業の都合などで飲めなかった | | * 飲み忘れる頻度が多かった | * 飲む量や回数を間違えていた | | * 病識・薬識不足 | * 薬の服用による不安（副作用、ｱﾚﾙｷﾞｰなど） | | * 薬が飲みにくい・使用しにくい | * その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 1. **提案内容・情報提供の必要性**    * 次の内容を提案します（□ 剤型変更・□ 用法変更・□ 用量変更・□ その他：　　　　　　　　）    * 薬剤師外来での介入を提案します（□ 同意あり・□ 同意なし）    * 次回残薬調整を希望    * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）    * 提案なし   提案内容の詳細 | |
| 1. **併用薬剤等の有無（□ 有 ・ □ 無）** | |
| 1. **今回の情報を伝えることに関する患者の同意** | **□ 得ている　□ 得ていない** |
| 1. **病院からの依頼** | **□ 有　　　　□ 無** |
| 1. **その他の情報、家族等からの情報など** | |

|  |
| --- |
| 1. **IBDに関連した治療や薬剤に対する問い合わせ（処方意図や治療方針などご自由に記載してください）** |

---------------------------------------------------------------------------------------------------

返信欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | □　主治医に報告しました。 | □　別添参照 | | □　薬剤師外来(IBDセンター）を予約しました。 | □　その他 | |  |  | |

FAX送信先：島根大学医学部附属病院薬剤部　FAX番号：0853-20-2475