

クレメジンモニタリングシートの使い方マニュアル

(愛媛大学医学部附属病院薬剤部) ver.1

2020年3月改訂

クレメジン	患者 ID :	氏名 :	←※処方せんに貼付する場合は記入不要		
薬局名 :					
確認日	年	月	日	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族	確認手段 <input type="checkbox"/> 対面(来局) <input type="checkbox"/> 対面(訪問) <input type="checkbox"/> 電話
	直近2週間の症状についてご記入下さい			左が「はい」の場合は、こちらの項目にもご記入下さい	
服薬状況	飲み忘れがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2週間で5回以上の飲み忘れがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬意義	服薬拒否がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	服用の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
便秘	便秘があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3日以上排便がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食欲不振	食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2kg以上の体重減少がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心・嘔吐	吐き気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	吐き気が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血圧	血圧の変化があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	収縮期血圧<100 もしくは、収縮期血圧>180 が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
浮腫	新たにむくみがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	むくみがどんどん強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載)				



クレメジン	患者 ID :	氏名 :	←※処方せんに貼付する場合は記入不要		
薬局名 :					
確認日	年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族	確認手段 <input checked="" type="checkbox"/> 対面(来局) <input type="checkbox"/> 対面(訪問) <input type="checkbox"/> 電話
	直近2週間の症状についてご記入下さい			左が「はい」の場合は、こちらの項目にもご記入下さい	
服薬状況	飲み忘れがあった	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2週間で5回以上の飲み忘れがある	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬意義	服薬拒否がある	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	服用の必要性を理解していない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
便秘	便秘があった	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3日以上排便がない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
食欲不振	食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	2kg以上の体重減少がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心・嘔吐	吐き気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	吐き気が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血圧	血圧の変化があった	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	収縮期血圧<100 もしくは、収縮期血圧>180 が続いている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
浮腫	新たにむくみがあった	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	むくみがどんどん強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載) アドヒアランス不良です。服薬の必要性について説明しました。				

【クレメジンモニタリングシートの使い方マニュアル】

- ① モニタリングシートは、球形吸着炭が処方された患者さんにご使用下さい。
- ② お薬受け渡し時、シートを用いて各項目について聴取をお願いします。
- ③ その他の欄に特記事項、指導内容のご記入をお願いします。
- ④ チェックが終わりましたら、院外処方せん右側のお薬伝言板（保険薬局薬剤師からのコメント）部分へ貼付もしくは別紙として添付し、平日（8:30～17:00）愛媛大学医学部附属病院院外処方せん FAX コーナー（089-964-7458）へ FAX をお願いします。

【モニタリングのタイミング】

- ・患者（もしくは家族）来局時にモニタリングをお願いします。
- ・受診間隔が1ヶ月より長い場合は、電話等で月に1回程度のモニタリングをお願いします。

※患者の同意取得のうえ、服薬情報等提供料を算定していただいて構いません。

問い合わせ先：愛媛大学医学部附属病院薬剤部（089-960-5738）