

VRZ アドヒアランス・副作用評価シート ver.1 来局日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下を記載してください
残薬	残薬がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	残数( )
視覚	見え方に变化がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状( )
神経	幻覚や幻聴などの症状がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状( )
肝臓	肝機能の変動がある(AST、ALT 等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な値 ( )
薬剤	先発品での調剤でない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	調剤した薬品名 ( )
服薬アドヒアランスに関する項目		「はい」の場合には以下の頻度を記載してください
薬の飲み方をご自分で変えることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
受診間隔が空いてしまい、薬を飲まない日ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
薬を飲み忘れる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
その他(特記事項)		
VRZ アドヒアランス・副作用評価シート ver.1 来局日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下を記載してください
残薬	残薬がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	残数( )
視覚	見え方に变化がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状( )
神経	幻覚や幻聴などの症状がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状( )
肝臓	肝機能の変動がある(AST、ALT 等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な値 ( )
薬剤	先発品での調剤でない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	調剤した薬品名 ( )
服薬アドヒアランスに関する項目		「はい」の場合には以下の頻度を記載してください
薬の飲み方をご自分で変えることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
受診間隔が空いてしまい、薬を飲まない日ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
薬を飲み忘れる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
その他(特記事項)		
VRZ アドヒアランス・副作用評価シート ver.1 来局日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族		「はい」の場合には以下を記載してください
残薬	残薬がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	残数( )
視覚	見え方に变化がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状( )
神経	幻覚や幻聴などの症状がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状( )
肝臓	肝機能の変動がある(AST、ALT 等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な値 ( )
薬剤	先発品での調剤でない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	調剤した薬品名 ( )
服薬アドヒアランスに関する項目		「はい」の場合には以下の頻度を記載してください
薬の飲み方をご自分で変えることがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
自分だけの判断で薬を飲むのをやめてしまう <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
受診間隔が空いてしまい、薬を飲まない日ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
薬を飲み忘れる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		□月1回以下 □月1回以上 □2週に1回以上 □週2回以上
その他(特記事項)		