

ポリコナゾールアドヒアランス・副作用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

2019年2月作成

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	見え方に変化がある <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		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以上
薬を飲み忘れる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以上
その他(特記事項)		



使い方について

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	残数(4錠)
視覚	見え方に変化がある <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な症状(まぶしく見えるときがある)
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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	調剤した薬品名 (ポリコナゾール錠【屋号】)
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以上
薬を飲み忘れる <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月1回以下 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 2週に1回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以上
その他(特記事項) 飲み忘れがまれにあるようです。プイフェンド開始後見え方の変化を自覚されています。		

【簡易版疼痛・副作用評価シートの使い方マニュアル】

- ①保険薬局に来局され、ポリコナゾールが処方されている患者さんにご使用ください。
- 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左項目のチェックに「はい」の項目があれば、右項目のチェックもお願いします。
- ⑥その他に特記事項がありましたらご記入をお願いします。
- ⑦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)部分へ貼付のうえ、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。

問い合わせ先：愛媛大学医学部附属病院薬剤部 木村博史(089-960-5738)