保険薬局 → 京都第一赤十字病院（薬剤部）

フォローアップシート（血友病）

京都第一赤十字病院　薬剤部

FAX：０７５－５３３－１２６０

処方医：　　　　　　科　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |
| --- |
| ID：患者名： |
| 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　指導担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　印 |

□ この情報を得るにあたり、患者さんに同意を得ています。

□ 薬局窓口で確認（患者本人、家族）　□ テレフォンフォローアップにより確認（患者本人、家族）

□ 患者さんは主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。

|  |
| --- |
| 製剤名直近1か月間の薬剤投与状況（　定期補充療法　・　定期皮下注　）　　　　　　　　　　　　　　　　週　・　月　　　　 　 回　　　　　　　　　　曜日・日　　　時間帯　□ 朝　　　　　　　□ 昼　　　　　　　□ 夜出血時補充療法　　　　　　 回 投与日□ 感染性廃棄物の回収し残数を確認した。残数（　　　　　　）本 |
| 予定していた曜日・時間帯で薬剤を投与　　　□ できた　　　　　□ できなかった |
| 出血を疑うことが □ あった　　　　　□ 無かった |
| 右のような症状が □ あった　　　　　 □ 無かった【具体的な部位・症状】 | □ 違和感やむずむず感を感じた□ 膝関節が痛かったけど、腫れはなかった□ 関節に違和感はあったが、出血のような痛みではない□ 長く歩いた非は足首が痛いけど、翌朝は治っている□ 仕事を終える頃、肘関節が時々重くなる |
| 気になること□ 薬の投与間隔　　 　　　□ 出血時の対応　　 　　□ 投与失敗することがある□ デバイスが使いにくくなってきた　　　　　　　　 □ 保管場所に困っているその他： |

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。