

ビスホスホネート製剤指導報告書（2回目以降）

（薬局 ⇒ 小川赤十字病院 FAX）

宛先：先生	患者様 ID：
指導日：年 月 日	患者様氏名：
保険薬局名：	指導開始日：年 月 日
指導薬剤師名：	※1年間継続お願いします

- 【薬品名】 アレンドロン酸 ダイドロネル（エチドロン酸）
 ボナロン経口ゼリー ボンビバ（イバンドロン酸）
 ミノドロン酸 リセドロン酸

- 【用法】 連日内服 週1回内服 4週に1回 月1回

- 【理解度】
・ 効能効果 良好 不良
・ 内服方法 良好 不良
・ 注意事項 良好 不良
・ 継続の必要性 良好 不良
・ 歯科検診必要性 良好 不良

- 【副作用】 無 有（ ）

- 【残薬】 無 有（ 回分）

- 【指導】 継続
 終了（理由： ）

【特記事項】 ※服用日等のご記入はこちらへお願いします。

小川赤十字病院 FAX 0493-72-0936（薬剤部）

2回目以降の指導報告書は当院薬剤部ホームページよりダウンロードしてください。