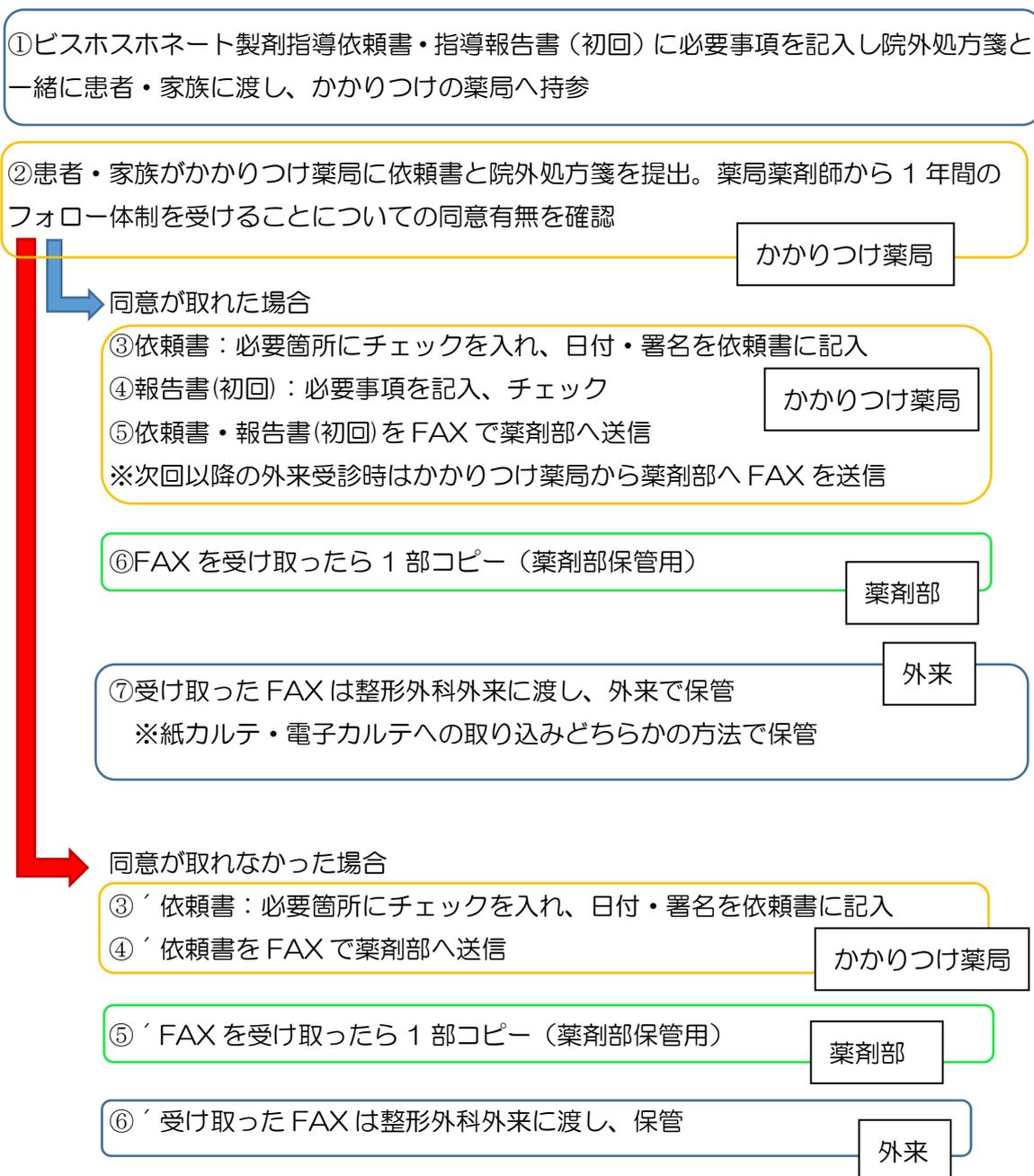


院外におけるビスホスホネート製剤使用患者のフォローアップ体制
 現在骨粗鬆症治療薬としてビスホスホネート製剤を開始してもなかなか継続できず、骨折してしまう高齢者が多くいます。ビスホスホネート製剤の継続率向上のために、院外薬局で1年間フォローアップ体制を取ってもらうことになりました。フォローアップ体制の流れについて以下のパターンになると考えられます。

＜院外処方からビスホスホネート製剤(内服時間：起床時)が開始となる場合＞



<外来受診直前の入院中(手術有)にボノテオ 50mg の処方がある場合>

⇒院外でビスホスホネート製剤が開始された場合と同じ流れです。

※他院からもともと継続し、当院入院中もボノテオを継続していた患者に指導依頼書・初回報告書を渡してしまった場合はかかりつけ薬局でフォロー対象外として対応してください。

<ビスホスホネート製剤(起床時内服)開始済で長期内服中の場合>

フォロー対象外：指導依頼書・指導報告書渡さなくて良いです。

指導依頼書・報告書見本

Sample

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------|--|-----|--|--|--|--|---|---|--------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|-------------------|---------------|--------------|
| <p style="text-align: center;">ビスホスホネート製剤指導依頼書 (小川赤十字病院 ⇒ 薬局)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"><p style="text-align: center;">患者様へ</p><p>院外処方箋と一緒にこの依頼書をかかりつけの薬局に持って行ってください。今回からあなたに骨粗鬆症の治療のために新しいお薬が始まります。新しいお薬を正しく・安全に使っていただくために、薬剤師からお薬の飲み方や注意しなくてはならないことについて説明を聞いていただくようお願いいたします。</p></div> <p>※病院記入欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%;">患者様ID</td><td style="width: 50%;">姓</td></tr><tr><td>患者様氏名</td><td></td></tr><tr><td>薬品名</td><td><input type="checkbox"/> アレンドロン酸 <input type="checkbox"/> ダイドロネル (エチドロロン酸)</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> ボナロン経口ゼリー <input type="checkbox"/> ボンビバ (イバンドロン酸)</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> ミノドロロン酸 <input type="checkbox"/> リセドロロン酸</td></tr></table> <p>以下の点を重点的に指導お願いいたします。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 効果効果 ・ 内服方法 ・ 注意事項 ・ 継続の必要性・ 歯科定期健診の推奨 <p style="text-align: center;">同意書</p> <p><input type="checkbox"/> 私は、上記の内容について担当医師から説明を受け、薬剤師から指導を受けることに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意しません。</p> <p><input type="checkbox"/> 長期内服しているため、再指導は不要です。</p> <p>_____年 月 日</p> <p>署名 _____ <本人でない場合、続柄： _____></p> <p><small>※同意書の有無にかかわらず、依頼書を小川赤十字病院薬剤部へFAXしてください。 ※個人情報取り扱い：個人情報保護に関する法律・個人情報に関する関連法令、関連診療等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。 問い合わせ先 小川赤十字病院 電話：0493-72-2333 (病院代表から薬剤部へ) FAX：0493-72-0936 (薬剤部)</small></p> | 患者様ID | 姓 | 患者様氏名 | | 薬品名 | <input type="checkbox"/> アレンドロン酸 <input type="checkbox"/> ダイドロネル (エチドロロン酸) | | <input type="checkbox"/> ボナロン経口ゼリー <input type="checkbox"/> ボンビバ (イバンドロン酸) | | <input type="checkbox"/> ミノドロロン酸 <input type="checkbox"/> リセドロロン酸 | <p style="text-align: center;">ビスホスホネート製剤指導報告書 (初回) (薬局 ⇒ 小川赤十字病院FAX)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>宛先： _____ 先生</td><td>患者様ID： _____</td></tr><tr><td>指導日： _____年 月 日</td><td>患者様氏名： _____</td></tr><tr><td>保険薬局名： _____</td><td>指導開始日： _____年 月 日</td></tr><tr><td>指導薬剤師名： _____</td><td>※1年継続をお願いします</td></tr></table> <p>【薬品名】 <input type="checkbox"/> アレンドロン酸 <input type="checkbox"/> ダイドロネル (エチドロロン酸)</p> <p><input type="checkbox"/> ボナロン経口ゼリー <input type="checkbox"/> ボンビバ (イバンドロン酸)</p> <p><input type="checkbox"/> ミノドロロン酸 <input type="checkbox"/> リセドロロン酸</p> <p>【用法】 <input type="checkbox"/> 連日内服 <input type="checkbox"/> 週1回内服 <input type="checkbox"/> 4週に1回</p> <p>【理解度】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 効果効果 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・ 内服方法 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・ 注意事項 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・ 継続の必要性 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・ 歯科検診必要性 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <p>【特記事項】 ※処方提案等トレーニングレポート内容もこちらへ</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">小川赤十字病院 FAX 0493-72-0936 (薬剤部)</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">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。</p> | 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年継続をお願いします |
| 患者様ID | 姓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者様氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬品名 | <input type="checkbox"/> アレンドロン酸 <input type="checkbox"/> ダイドロネル (エチドロロン酸) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ボナロン経口ゼリー <input type="checkbox"/> ボンビバ (イバンドロン酸) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ミノドロロン酸 <input type="checkbox"/> リセドロロン酸 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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年継続をお願いします | | | | | | | | | | | | | | | | | | |