

【記載要領・血球系障害】投薬・使用証明書

(1) 患者の氏名	○ ○ ○ ○	(2) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	カルテ番号 12-300
測定日	R5 年 9 月 17 日		<input type="checkbox"/> 大正	
身長	160 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	52 年 10 月 10 日	
体重	48 kg	<input type="checkbox"/> 平成		
		<input type="checkbox"/> 令和		
(3) 現住所	(〒○○○ - ○○○○) ※身長・体重は、(4)の医薬品を使用した時点の直近の値を記入してください。 ○○県○○市○○町○○○			

(4) 使用された医薬品等(医薬品等の名称は販売名を記入して下さい) (注1)

院外処方(注2)	医薬品等の名称(会社名)(注3)	規格単位(注4)	1日使用量(注5)	使用方法(注5)		使用期間(注5)		使用理由
				投与(使用)経路	1日使用回数	開始日	終了日	
	○○錠 (A社)	5mg	5mg	経口	分1食後	R5.9.20	R5.10.16	バセドウ病
	△△カプセル (B薬品)	10mg	10mg	経口	分1食後	R5.9.20	R5.10.16	頻脈
	□□□錠 (C製薬)	10mg	10mg	経口	分1食後	R5.9.20	R5.10.16	皮膚掻痒症

※使用理由は、可能な限り具体的に記入してください。例えば、抗菌薬を使用した場合には、具体的な感染症名(例:咽頭炎、肺炎等)を記入してください。

※医薬品等の名称は販売名(商品名)とし、(4)の医薬品を特定できるよう剤形及び規格単位を明確に記入してください。
 ※使用された医薬品を具体的に特定する必要がありますので、保険薬局において先発医薬品から後発医薬品への変更等があった場合には、販売名(販売名が一般名+屋号を含む)を確認のうえ記入してください(お薬手帳のコピー等を添付していただいても結構です)。

※副作用によるものとみられる疾病の原因として疑われた医薬品だけでなく、それと同時期に使用されていた医薬品についても、記入してください。
 ※一旦中止して再度使用した場合、漸減/漸増の場合など、同じ医薬品であっても異なる用量に変更した場合は行を分けて記入してください。
 ※使用期間の開始日・終了日については処方した期間で差し支えありませんが、患者さんの実際の使用状況が異なる場合は実際に使用した日にちを記入してください。終了日が不明の場合には、最終処方日と何日分処方したか等のわかる範囲の情報を記載いただき、空欄にしないでください。
 ※頓用の場合は、分かる範囲で結構ですので、実際に使用した日にちと、各日の1日使用量、1日使用回数を記入してください(「1日使用量」または「1日使用回数」の欄に頓用の旨を記入し、(8)に実際の使用状況を記入していただいても結構です。)

- (注1) (4)の医薬品等の名称欄には、患者に投薬・使用した医薬品又は再生医療等製品(処方箋を交付した場合も含みます)について記入して下さい。
- (注2) 院外処方による場合には、「院外処方」の欄に○印を記入して下さい。
- (注3) 使用された医薬品等を具体的に特定する必要がありますので、一般名処方又は後発医薬品への変更可の処方箋の場合、実際に投薬された医薬品等の販売名(販売名が一般名+屋号の場合は屋号を含む)を記入して下さい。
- (注4) 医薬品等について、規格・単位を記入して下さい。
- (注5) 上記医薬品等の使用が連日でなかった場合、又は漸減(増)療法による場合には、「1日使用量」、「使用方法」及び「使用期間」の欄にその内容が分かるように記入して下さい。

(5) (4)の医薬品等を使用するに至った傷病の名称又は症状(原疾患)	バセドウ病	※(4)の医薬品を使用することになった原疾患名等を列記してください。
(6) (4)の医薬品等使用時の傷病であって(5)の傷病以外のもの	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (有の場合 皮膚掻痒症)	
(7) (5)及び(6)傷病についての薬剤以外の処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 1.放射線治療 <input type="checkbox"/> 2.輸血 <input type="checkbox"/> 3.手術 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()	

(8) (4)の医薬品等を使用するに至った経緯	
年 月 日	具体的に記入して下さい
R5.9.17	頸部腫大を自覚したため、当院内科を受診。
	TSH 0.03 μU/mL未満、FT3 16.72 pg/mL、FT4 7.35 ng/dL、抗サイログロブリン抗体 23.7
	U/mL、抗TPO抗体 315 U/mL、TSHレセプター抗体10.7 U/Lよりバセドウ病と診断。
	白血球数 7,200/μL、好中球 64.5%。
R5.9.20	前記医薬品を処方。無顆粒球症の副作用について説明し、発熱や咽頭痛がみられたら直ちに
	受診するよう伝えた。同日から内服開始。
R5.10.3	当院内科外来再診。TSH 0.03 μU/mL未満、FT3 3.99 pg/mL、FT4 1.14 ng/dL、
	白血球数 8,300/μL、好中球 53.4%。感染徴候なく前記処方を継続。
R5.10.16	昼頃より39℃台の発熱が出現。
	当院内科を受診。
	白血球数 1,100/μL (好中球0%) と減少を認めたため無顆粒球症と診断。
	医薬品を中止し、●●0.5g、▲▲400mg投与。
	□□□病院へ紹介となった。
(9) 備考(特記事項等を記入して下さい。)	
<p>・過去の副作用歴・アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <p> [H27年にペニシリン内服で、発疹が出たことがある]</p> <p>・特記すべき体質 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有</p> <p> []</p> <p>・喫煙</p> <p> 現在： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (10 本/日)</p> <p> 過去： 開始年齢 ___ 歳 中止年齢 ___ 歳 (___ 本/日)</p> <p> その他特記事項 ()</p> <p>・飲酒</p> <p> 現在： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (種類： ビール 量： 350mL) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 毎週 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 時々</p> <p> 過去： 開始年齢 ___ 歳 中止年齢 ___ 歳 (種類： ___ 量： ___) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 毎週 ・ <input type="checkbox"/> 時々</p> <p> その他特記事項 (機会飲酒)</p> <p>・参考となる家族歴 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有</p> <p> []</p> <p>・既往歴 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有</p> <p> []</p>	

[医薬品の使用経緯]
 ※原疾患の診療経過や(4)の医薬品を選択した経緯等を記入してください。

[発現状況・症状]
 ※医薬品使用後の原疾患の診療経過、副作用によるものとみられる疾病の症状の発症経過を記入してください。
 ※発症年月日、入院年月日、発症時および入院時の症状(副作用発症後に受診されなかった場合には記載の必要はありません。)

※過去の副作用歴(具体的な医薬品名や症状を含む)、アレルギー歴などについて記入してください。
 ※特にアレルギー疾患や自己免疫性疾患については現在の状態を含めて詳しく記入してください。

※喫煙、飲酒が「有」の場合には、その量などを記入してください。

※原疾患及び副作用によるものとみられる疾病の症状に関連して、医薬品投与前後の血液検査等を実施されましたら、検査結果報告書のコピー等を添付してください。

上記のとおり証明します。

令和 5 年 11 月 30 日

病院又は診療所の名称

〇〇病院

診療担当科名

〇 〇 科

所在地

〒〇〇〇〇－〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

医師氏名

〇 〇 〇 〇

電話番号

〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

救済給付に関わる問い合わせ窓口

部署名

担当者名

※投薬・使用証明書を作成された医師以外に、同一施設内で救済給付に関わる問い合わせ窓口(医事課、薬剤部や地域連携室等)を指定される場合には、その担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

注意

- 1 診断書を作成する医師が投薬し、又は使用した場合（処方箋を交付した場合を含みます。）には、この書類は不要です。
- 2 ワクチンを接種されている場合の予診票、その他参考となる資料がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。
- 3 記入しきれない場合には適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。
- 4 パソコン等で作成された場合は、紙による提出と共に、電子ファイルをCD等の電子媒体へコピーしたものを添付して下さい。

※4につきまして、電子ファイルをご提出いただく場合、CDもしくはDVDで添付してください。