

(1) 患者の氏名		○ ○ ○ ○		(2) 生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60 年 10 月 10 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		カルテ番号	
測定日		H23 年 8 月 6 日				<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		25-123	
身長		168 cm 体重 60 kg							
(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)	→	→	→	→	→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→	→	→	→
※使用した医薬品は製剤毎にもれなく記入してください。例えばステロイド剤等で医薬品名(会社名)が同一でも異なる規格のステロイド剤を使用された場合には、規格単位毎に「1日使用量」「使用期間」等を記入してください。 ※「一旦中止して再度使用した場合の中断期間」「漸減、漸増」「継続中」などの内容が分かるように記入してください。 ※使用期間の開始日・終了日については、処方した期間ではなく、実際に服用した日にち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(お薬手帳の写し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。									
(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)療法によった場合には、「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)		全身性エリテマトーデス			※(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 checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合)							
(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
	H23年7月から発熱、顔面紅斑、関節痛などの症状が出現し、同年8月6日より入院。
H23. 8. 26	全身性エリテマトーデスの診断で、ステロイドパルス療法を開始。（～8/28）。
H23. 8. 29	プレドニゾン60mg/日の後療法を行った。
H23. 9. 21	全身性エリテマトーデスの寛解導入目的でエンドキサンパルスを行った。
H25. 5. 27	プレドニゾン漸減し、9mg/日で継続していた。
H25. 12. 20	左股関節痛を自覚。
H26. 2. 8	股関節MRI検査で左側大腿骨頭壊死と診断。
	骨頭壊死に関しては転院先での精査加療希望のため△△病院へ紹介した。

【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。
※医薬品の使用状況についてもご記入ください。大量投与、長期連用投与(漸減・漸増投与)などをした場合には、使用量の推移を記入してください。

【発現状況・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)。
※骨壊死によるものとみられる症状(股関節痛等)の発症年月日を可能な範囲で明確に経過に記入してください。
※骨壊死とご診断されている場合は、診断日を経過に記入してください。

(9) 備考(特記事項等を記入して下さい。)

・過去の副作用歴・アレルギー歴 ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有

[H20年 ▽▽錠の内服で発疹の出現あり。]

・特記すべき体質 ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有

[アトピー性皮膚炎]

※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。

・喫煙

現在： ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有 (本/日)

過去： 開始年齢 歳 中止年齢 歳 (本/日)

その他特記事項 ()

※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。

・飲酒

現在： ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有 (種類：

過去： 開始年齢 歳 中止年齢 歳 (種類：

その他特記事項 ()

量：) ☐ 毎日 ・ ☐ 毎週 ・ ☐ 時々

・参考となる家族歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

[]

・既往歴 ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有

[軽度高血圧あり。]

※骨壊死のご診断の根拠となった検査(画像、骨生検等)につきましては、所見(検査結果報告書のコピー等)や画像データをコピーしたCD等を添付してください。画像について、電子媒体でのご提出が難しい場合は、紙に鮮明に印刷したものをご提出ください。

上記のとおり証明します。

令和元 年 7 月 2 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。