

## 【お薬手帳の記載に関する指針】

### I. 記載方法に関する事項

- 1) 患者情報のページの記載は基本的に患者自らが記入するように依頼すること。(特に新規手帳交付の時)
  - ① 氏名、住所、生年月日
  - ② 副作用の原因薬剤（因果関係の有無を問わず）とその症状
  - ③ 食物アレルギー
  - ④ 常備薬、健康食品、サプリメント
  - ⑤ 薬剤に関して気になることや医師、薬剤師に聞きたいこと 等
- 2) 手帳の切替の際、患者情報欄に関しては、薬剤師が転記すること。  
上記内容のうち氏名、住所、生年月日は患者に記載を依頼しても良いが、その他の履歴に関しては確実に継続されるよう薬剤師が切替後の手帳に転記する。

### II. 記載内容に関する事項

- 1) 処方内容を記載する場合には以下の項目を可能な限り網羅すること。
  - ① 薬品名、用量、用法、投与日数
  - ② 調剤日、施設名（病院・保険薬局名）、連絡先電話番号
  - ③ 特殊調剤情報（一包化(AA・AB)、粉碎、散錠混合、簡易懸濁 等)
  - ④ 散剤、水剤、軟膏剤に関して、同一Rp内で混合しないときは別包を明記
- 2) 患者から収集した副作用やアレルギーの内容は、漠然とした内容、薬品が断定出来ない場合でも極力記載するようにする。副作用は発生日も判れば記載する。  
例) 風邪薬で具合が悪くなった。痛み止めでふらふらした 等
- 3) 調剤された薬の服薬管理のキーパーソンを患者情報のページに記載する  
例) 本人、妻、娘、同居人、 等々

○処方内容の記載例

年月日	処方内容	お薬手帳の利用方法
2016.5.1	(退院処方) 西宮海軍病院 循環器内科 医師：湯本 昇夫 ① パイアスピリン錠100mg 1錠 予クロピドン錠100mg 1錠 1日1回 朝食後 14日分 ② アイトロール錠20mg 2錠 1日2回 朝夕食後 14日分 ③ シグマート錠 5mg 3錠 1日3回 毎食後 14日分 ④ 難化マグネシウム錠330mg 4錠 1日3回 毎食後 14日分 ※行ンド文讀利 (AR讀利) (Ⓜ)はPTP	<p>① 医師・薬剤師、薬料にかかるときには必ず持参し、医師・薬剤師に見せましょう。</p> <p>② お薬手帳は、お薬の飲み合わせを確認し、重複を防ぐために、1冊にまどましましょう。</p> <p>③ 薬局・薬店で市販の薬を買ったときにも記録しましょう。</p> <p>④ 病院や薬局でお薬の説明書を読まれたときには、一緒に保管しましょう。</p> <p>⑤ お薬について、わからないこと、困ったことがあれば空欄にメモしましょう。</p> <p>⑥ お薬手帳の記録は、ご自身が服用した薬の記録です。大切に保管しましょう。</p> <p>⑦ もしもの時… 薬に添付すれば、急病・事故・災害時に、より適切な治療が受けられます。</p> <p>『処方せん』についての知識</p> <p>① 処方せんは公文書です。大切に取り扱いましょう。</p> <p>② 有効期間は、用日の指示がない限り、発行日から4日間です。</p> <p>③ 処方せんは、合計日・処方名・医薬品名・1日分の量・飲み方・使い方・注意が書いてあります。</p> <p>「医薬品副作用情報データベース」をご存じですか？</p> <p>●この制度は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく法的制度です。</p> <p>●医薬品を正しく使用したにもかかわらず、入院を必要とするなどの重篤な副作用が生じた場合には、医療費、医薬手当、障害年金、遺族年金などの給付が行われます。</p> <p>●救済制度の解説書や救済給付の請求に必要な請求書などは、医薬品医療機器総合機構に用意しており、相談窓口申し込めば無料入手できます。</p> <p>独立行政法人医薬品医療機器総合機構健康被害救済部                  東京都相模原市 46-0120-149-9311 (フリーダイヤル)                  〒100-0013東京都千代田区麹町3-3-2 新館7階ビル10F</p>
年 月 日 記載者:		

○病院は退院処方の内容は極力記載する。

○特殊調剤情報は必ず記載する

あなたの大切な情報	
氏名 <b>齋城 梅子</b> 男・女 生年月日 <b>1960年 10月 21日</b> 住所 〒970-1111 いわき市平1丁目111-1111 (e-mail) _____ 電話番号 <b>0246-11-1111</b> FAX番号 _____ 緊急時の連絡先 _____ 血液型 型 (Rh + -) _____ 主な既往歴 (疾病名) ○アレルギー性疾患 ( ) ○肝障害 ( ) ○心疾患 ( ) ○腎疾患 ( ) ○消化器疾患 ( ) ○感染症 ( ) ○その他 _____ ○トレーシング・コントロール ( 必要 ・ 不必要 ) _____ ※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらってください。	副作用歴 ( 有 ・ 無 ) お薬の名前 <b>頭痛薬 TS-1</b> 副作用の状況 <b>具合が悪くなった 流涙 2015/5/15</b> アレルギー歴 ( 有 ・ 無 ) お薬の名前 <b>抗生物質 風邪薬</b> 食べ物 <b>漬物 かゆくなった</b>

○患者から収集した副作用やアレルギーの内容は、漠然とした内容、薬品が断定できていない場合でも極力記載する様にする。

積極的に記載するようにする。