

【ACモニタリングシート】

患者ID： _____ 患者氏名： _____

副作用を含め、至急の対応が必要と思われる場合疑義照会をお願いします

アフィニトール		いいえの場合はこちらの項目にもご記入下さい	
受診日	年 月 日	□ご本人 □ご家族	
チェック項目			
コンプライアンス	コンプライアンスよく服用できている	□はい □いいえ	*可能な限り詳細な連絡をお願いします（その他に記載）
アロマシンの併用	アロマシンを服用していない	□いいえ	*いいえの場合は至急病院に連絡をお願いします
アゾール系抗真菌剤	アゾール系抗真菌剤を服用していない	□いいえ	*いいえの場合は至急病院に連絡をお願いします
マクロライド系抗生物質	マクロライド系抗生物質を服用していない	□いいえ	
ベラパミル	ベラパミルを服用していない	□いいえ	
シクロスポリン	シクロスポリンを服用していない	□いいえ	
間質性肺炎	乾いた咳や息苦しいことはなかった	□はい □いいえ	*可能な限り詳細な連絡をお願いします（その他に記載）
感染症	咳、痰、発熱、だるさなどはなかった	□はい □いいえ	
口内炎	口の中のあれや痛み、出血などがなかった	□はい □いいえ	
皮膚症状	発疹やかゆみは無かった	□はい □いいえ	
消化器症状	下痢や吐き気などが無かった	□はい □いいえ	
その他			

記入日 _____ 調剤薬局名 _____ 薬剤師名 _____