

ページニオ フォローアップシート

【患者情報】

ID		生年月日	西暦	年	月	日
----	--	------	----	---	---	---

【保険薬局情報】

薬局名		薬剤師名	
連絡先		報告日	西暦 年 月 日

【実施日時】

実施日時	西暦 年 月 日	時間	:	頃
実施方法	<input type="checkbox"/> 直接面談 <input type="checkbox"/> 電話	対象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【ページニオの服用状況】

毎日服用 服用忘れあり (残_____錠) 休薬中

【副作用の状況】

この7日間に、以下の症状はどの程度ありましたか？

	なかった	ほとんどなかった	ときどき	頻繁に	ほとんどいつも
下痢					
吐き気					

ロペラミドの使用状況：使用回数_____回/日、残数：_____錠

吐き気止めの使用状況：使用回数_____回/日、残数：_____錠

※ロペラミドを1日4回以上使用しても下痢の場合または次回診察日まで下痢止め/吐き気止めが足りない、38℃以上の熱が出た場合は病院に連絡するよう促してください

この7日間に、以下の症状はどの程度ふだんの生活の妨げになりましたか？

該当の項目にチェックを入れてください。

病院連絡を促してください

	全然 ならなかった	少し	ある程度	かなり	ものすごく
食欲不振					
疲れ・だるさ					
息切れ					
咳					
脚のむくみ					
他に困っている事					

【特記事項】