

【調査票 2】

薬剤管理サマリーに関する調査項目

薬剤管理サマリーごとに回答をお願いします

※「薬剤管理サマリー」から把握できる情報の範囲で回答してください。
必要に応じて電子カルテ等を参照いただいても差し支えありません。

登録施設・症例情報

(施設番号) ((a)6 剤未満、(b)6 剤以上) (病床番号) (症例番号)

() () () ()

例：001-a-1-01 施設番号 1 の 6 剤未満の 1 病棟の症例 01

注：病床番号は、A 病棟から 20 症例、B 病棟から 20 症例を報告する際には
A 病棟 001-a-1-01、B 病棟 001-a-2-01 となります

1：サマリ－の基本情報

1-1：年齢

() 歳

1-2：入院期間（薬剤管理サマリ－の入院期間欄の日数を入力してください）

() 日

1-3：患者背景（該当する項目をすべて☑してください）

- ☐ 独居
- ☐ 介護者・服薬支援者なし
- ☐ 認知機能低下
- ☐ 服薬管理困難
- ☐ 服薬に影響する身体機能低下（運動障害・嚥下障害等）
- ☐ 2 施設以上の医療機関を受診
- ☐ 退院後に在宅療養
- ☐ その他 () 自由記載

1-4：退院時の病棟（該当する項目に☑してください）

- ☐ 急性期病棟
- ☐ 回復期リハビリテーション病棟
- ☐ 地域包括ケア病棟
- ☐ 地域包括医療病棟
- ☐ 慢性期病棟
- ☐ その他 () 自由記載

1-5：サマリ－の宛先（誰に情報を伝えるか）（該当する項目に☑してください）

- ☐ 薬剤師
- ☐ 薬剤師以外（施設職員等）

1-6：サマリ－の提出先（どの施設へ）（該当する項目に☑してください）

- ☐ 保険薬局
- ☐ 病院
 - ☐ 急性期病棟
 - ☐ 回復期リハビリテーション病棟
 - ☐ 地域包括ケア病棟

- ☐ 地域包括医療病棟
- ☐ 慢性期病棟
- ☐ 診療所・クリニック
- ☐ 介護医療院
- ☐ 介護老人保健施設
- ☐ 特別養護老人ホーム
- ☐ 訪問看護ステーション
- ☐ 居宅介護支援事業所
- ☐ その他の在宅施設
- ☐ その他（ ） 自由記載

1-7：内容分類（該当する項目をすべて☑してください）

- ☐ 報告型（入院中の薬剤変更や服薬状況等を情報提供することを主目的とする）
- ☐ 提案型（退院後の薬物療法について、継続・変更・確認等を依頼・提案することを主目的とする）

1-8：返書の有無（該当する項目に☑してください）

- ☐ 有
- ☐ 無
- ☐ 不明

2：薬剤数

2-1：入院時の薬剤数（入院前に内服がない場合は「0」を入力してください）
（ ）

2-2：退院時の薬剤数
（ ）

3：退院時処方の内容と情報提供

3-1-1～3-1-3 は当該薬剤を含む場合すべてについて回答してください。

3-1-1：ハイリスク薬の使用（診療報酬上の「ハイリスク薬」に該当する薬剤）

- ☐ 有
 - 該当薬剤数（ ）
 - 薬効分類（該当する項目をすべて☑してください）
 - ☐ 抗悪性腫瘍剤
 - ☐ 免疫抑制剤
 - ☐ 不整脈用剤
 - ☐ 抗てんかん剤
 - ☐ 血液凝固阻止剤（内服薬に限る）
 - ☐ ジギタリス製剤
 - ☐ テオフィリン製剤
 - ☐ カリウム製剤（注射薬に限る）
 - ☐ 精神神経用剤
 - ☐ 糖尿病用剤
 - ☐ 膵臓ホルモン剤
 - ☐ 抗HIV薬
- ☐ 無

3-1-2：TDM を実施・管理している薬剤の使用（診療報酬上の「特定薬剤治療管理料」に該当する薬剤）

- ☐ 有

該当薬剤数（ ）

薬効分類（該当する項目をすべて☑してください）

- ☐ ジギタリス製剤
- ☐ 不整脈用剤
- ☐ 抗てんかん剤
- ☐ 抗精神病薬（リチウム・ハロペリドール・クロザピン等）
- ☐ テオフィリン製剤
- ☐ 免疫抑制剤（シクロスポリン・タクロリムス・MMF・mTOR 阻害薬）
- ☐ 抗悪性腫瘍剤（MTX・イマチニブ・スニチニブ等）
- ☐ TDM 対象抗菌薬（アミノ配糖体・グリコペプチド）
- ☐ TDM 対象抗真菌薬（トリアゾール系）

☐ 無

3-1-3：麻薬の使用（診療報酬上の「麻薬」に該当する薬剤）

☐ 有

該当薬剤数（ ）

☐ 無

3-2-1～3-2-3 は当該薬剤を含んでおり、情報提供した場合のみ回答してください。

3-2-1：腎機能に応じた用量調整を要する薬剤の使用（添付文書において『腎機能に応じた用量調整』と記載されている薬剤で、薬剤管理サマリーにおいて腎機能に応じた調整を行った旨の記載がある薬剤）

☐ 有

該当薬剤数（ ）

具体的な薬剤名（ ）自由記載

☐ 無

3-2-2：肝機能に応じた用量調整を要する薬剤の使用（添付文書において『重度肝障害禁忌』または『肝障害で慎重投与』と記載されている薬剤で、薬剤管理サマリーにおいて肝機能に応じた調整を行った旨の記載がある薬剤）

☐ 有

該当薬剤数（ ）

具体的な薬剤名（ ）自由記載

☐ 無

3-2-3：頓用薬・自己調整薬に関する情報共有（該当する項目をすべて☑してください）

☐ 有

具体的な薬剤名（ ）自由記載

- ☐ 使用タイミング
- ☐ 使用量・回数
- ☐ 自己調節方法
- ☐ 自己調整の理由
- ☐ その他

☐ 無

3-3-1：入院前後での処方変化内容（該当する項目をすべて☑してください）

☐ 有

- ☐ ①増量
- ☐ ②減量
- ☐ ③薬剤中止

