

報告日： 年 月 日

FAX送信先： 京都第二赤十字病院薬剤部 FAX番号： 075 - 212 - 6113

フォローアップシート：ビスホスホネート製剤

処方せん発行日 年 月 日	保険薬局 (名称・所在地・電話番号・FAX番号・担当薬剤師名)
処方医 科 先生	
患者ID：	
患者氏名：	
生年月日： 年 月 日	
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	
使用ビスホスホネート製剤： 服用予定日 (複数日記載)： フォローアップ予定日 (複数日記載)： フォローアップ終了理由 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 服用終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )	

**【服用状況】**  
服用遵守状況  
 予定日に服用していた  予定日に服用できなかった  
服用に関する問題点、患者の訴え (服用方法、生活サイクル、服用日を忘れる、座位保持が困難、飲みこみにくい等)  
 なし  あり  
服用に関する問題点、患者の訴えの内容及び対応

**【副作用ケア】**  
副作用徴候発生状況 (急性期反応、消化器症状、口腔内症状、非定型骨折徴候など)  
 なし  あり  
具体的な症状

**【トレーシングレポート関連】**  
使用薬変更の必要性  
 なし  あり ※ありの場合は以下記載  
服用間隔の変更を提案 (  毎日製剤  週1回製剤  月1回製剤 )  
剤形の変更を提案 (  錠剤  ゼリー製剤  注射製剤 )  
上記理由及びその他処方提案

**【その他併用薬に関する報告・提案等】**

## 別添資料

### ・ビスホスホネート製剤服薬状況確認書活用手順書

- ①ビスホスホネート服用患者へ初回の処方かどうかを確認
- ②服薬指導時、服用予定日を決定。テレフォンフォローアップの旨説明  
フォローアップタイミング：毎日製剤、週1製剤は2週に1回、月1製剤は月1回とする
- ③服用予定日に電話にてフォローアップ実施(チェックシート活用)  
服用遵守や副作用発現状況に関する問題点をフォロー  
また、その他併用薬に関する種々の問題点をフォロー
- ④服用出来ていない場合は服用を忘れた場合の対応について説明。  
次の日に再度テレフォンフォローアップ
- ⑤チェックシートを当院薬剤部へFAX

### ・参考資料

#### 当院採用ビスホスホネート製剤一覧(2021.1現在)

月1回製剤	週1回製剤	毎日製剤
リセドロン酸75mg (アクトネル、ベネット)	リセドロン酸17.5mg (アクトネル、ベネット)	リセドロン酸2.5mg (ベネット)
ミノドロン酸50mg (ポノテオ、リカルボン)	アレンドロン酸35mg (フォサマック、ボナロン錠 ボナロンゼリー)	アレンドロン酸5mg (フォサマック、ボナロン)
イバンドロン酸100mg (ボンビバ)		

※当院採用点滴薬 月1回製剤ボンビバ静注1mg 年1回製剤リクラスト点滴静注5mg

※処方提案の際は各種ガイドライン(骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインやステロイド性骨粗鬆症の管理と治療等)にて各薬剤の推奨度などをご参照下さい。

### ・フォローアップシート使用方法

#### 【服用状況】

予定日に服用していたかどうか以外に、服用方法の注意点(具体的には「起床時に服用したか」、「180ml以上の水で服用したか」、「かみ砕かずに服用したか」、「服用後30分は横にならない(ボンビバは60分)」、「服用後30分は水以外の飲料や食事を摂らない(ボンビバは60分)」等)を確認し、また、服用に関する問題点が挙げられる場合や患者から訴えがある場合には適宜対応、指導を行ってください。また、その訴えの内容及び対応した内容について記載して下さい。

#### 【副作用ケア】

副作用の発生状況をチェックし、何か症状があれば記載をしてください。また、それに対し行った対応があればそれも記載して下さい。

#### 【トレーシングレポート関連】

使用薬変更の必要性が考えられる場合、チェックボックスへ記載して下さい。また、その際は理由を記載して下さい。

#### 【その他併用薬に関する報告・提案】

ビスホスホネート服用に関して影響を与える要因に対して対応を行った場合(嚥下困難を来している可能性を考慮しポリファーマシー対策を行った等)や、ビスホスホネートとは関係ないがテレフォンフォローアップをきっかけに対応を行った場合(テレフォンフォローアップをきっかけに使用薬での副作用を発見、対応を行った等)は報告をお願い致します。