

副作用疑い事象連絡書

〔 保険薬局 → 江南厚生病院 〕 ※原則、メールにて報告（郵送も可）

患者情報	I D	患者イニシャル	性 別	年 齢
			☐ 男 ☐ 女	歳
副作用に関する情報	副作用が疑われる具体的な症状		重篤性（分かる範囲内で）	発現期間
			☐ 重篤 ☐ 非重篤	～
			☐ 重篤 ☐ 非重篤	～
被疑薬及び使用状況に関する情報	被疑薬（販売名で記載） * 当院以外の処方薬の場合は可能な限り投与期間もご記載ください。			
	⬆ 最も疑われる被疑薬に○をつけてください。			
	併用薬（販売名で記載） * 当院以外の処方薬の場合は可能な限り投与期間もご記載ください。			
	副作用発現から報告までの経過等			
保険薬局の対応等 * 該当する項目にチェックし、内容をご記載ください。				
☐ 処方医へ連絡済み ● 保険薬局から処方医への連絡内容 患者から電話にて発疹の発生について相談があった旨伝える ● 医師からの指示 ☐ 受診の必要あり ☐ 受診の必要なし ※医師からの指示内容（* 薬剤の使用中止等、指示内容を具体的にご記載ください。） 時間外のため、救急を受診するよう電話にて指示あり。				
☐ 処方医へ連絡なし（患者への受診勧奨のみ等） ● 患者への説明内容 				

報告者意見等 *被疑薬と副作用疑い事象との関連性、その他特記事項等がありましたらご記載ください。

報 告 日：

報告者氏名：

施 設 名：

住 所： 〒

電 話：

FAX:

メールアドレス：

※電子メールでのご報告は、下記までお願いします。

＜電子メール：ph-di@konan.jaaikosei.or.jp 江南厚生病院 医薬品情報室 宛＞
江南厚生病院 薬剤部 医薬品情報室 （〒483-8704 江南高屋町大松原137番地）

* 本連絡書は「副作用等報告制度（PMDA）に基づいた適切な報告の実施」を目的としております。

* 保険薬局から処方医への連絡、患者への説明等の対応は、現行通りお願いいたします。

* 本連絡書を提出する事例について

副作用の発生が疑われる事象で、**患者に「処方医への受診」をすすめた事例、保険薬局から処方医へ連絡を行った事例**については、提出をお願いいたします。

例えば、以下に該当すると思われる症状や訴えなど

- 未知の副作用疑い
- 既知の中等度以上（※）と思われる副作用疑い
- 過敏症症状の発現
- いつもと違う症状や訴え
- 処方医への連絡が必要と思われる症状や訴え 等

※ CTCAE V5J において grade2 以上を想定

Grade 1 軽症；症状がない，または軽度の症状がある；臨床所見または検査所見のみ；治療を要さない

Grade 2 中等症；最小限/局所的/非侵襲的治療を要する；年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限

Grade 3 重症または医学的に重大であるが，ただちに生命を脅かすものではない；入院または入院期間の延長を要する；身の回りの日常生活動作の制限

Grade 4 生命を脅かす；緊急処置を要する

Grade 5 AE による死亡

（Grade 説明文中のセミコロン（;）は「または」を意味する）

* ご不明な点等がございましたら、下記までご連絡ください。

＜連絡先＞

江南厚生病院 薬剤部 医薬品情報室

〒483-8704 江南高屋町大松原137番地

● 電話：0587-51-3333（内線1131）

● メールアドレス：ph-di@konan.jaaikosei.or.jp