

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

ポリファーマシーなどの不適切処方をマネジメントできる  
高い臨床能力を持つ薬剤師の育成

高齢者薬物治療  
認定薬剤師制度

# 処方提案症例レポート

1 年間に 3 症例（専門・更新 2 症例）のレポート提出が、認定および更新のための必須要件となります。  
最終ページの注意事項について最後までお読みいただき、確認および承諾のご署名をお願い致します。

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

処方提案症例レポート

平成 年 月 日

医療機関名 ( 記入しない ) 診療科 \_\_\_\_\_ 科  
 ( 記入しない ) 先生 \_\_\_\_\_

患者基本情報 ※個人が特定できる内容は記入しないよう気を付けてください。

患者 ID			患者氏名				
生年月日	(西暦) / /		性別	1.男性 2.女性			
年齢	身長	cm	体重	kg	BMI		
疾患名 および 合併症名	No.	疾患名 (わかる範囲でレセプト傷病名でなく)		治療開始時期 (分かれば)			
	1			(西暦) / /			
	2			(西暦) / /			
	3			(西暦) / /			
	4			(西暦) / /			
	5			(西暦) / /			
	6			(西暦) / /			
	7			(西暦) / /			
	8			(西暦) / /			
	9			(西暦) / /			
受診中の 他医療機関名	No.	医療機関名		診療科			
	A						
	B						
	C						
	D						
	E						

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

副作用情報	No.	原因薬剤	症状
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
アレルギー情報	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	10		

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

服用（使用）中の医療用医薬品 （ 医療機関の欄は 1 ページ目の A・B・C・D・E をご記入ください）

No.	医療機関	薬剤名および用法	処方開始時期（分かれば）および処方理由
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

No.	医療機関	薬剤名および用法	処方開始時期（分かれば）および処方理由
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

服用（使用）中の一般用医薬品

No.		薬剤名および用法	処方開始時期（分かれば）および処方理由
1			
2			
3			
4			
5			
6			

服用中のサプリメント類

No.		薬剤名および用法	処方開始時期（分かれば）および処方理由
1			
2			
3			
4			
5			
6			

受講者 ID :	氏名 :	1年目 ・ 2年目 ・ 3年目 ・ 専門 ・ 専2年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	----------------------------------	--------------

患者特性 ( 種類に身体的特性⇒P・生活習慣⇒L を記入 )

種類	内容または状況	状況 (生じた時期が分かれば記載)	薬物治療上の問題点

[ 備考 ]

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

検査値 ( 直近の検査値で、分かる範囲でご記入下さい )

項目	数値	検査日	懸念される問題 (あれば記入)
WBC	×109/L		
Hb	g/dL		
Plt	×109/L		
PT-INR			
AST	U/L		
ALT	U/L		
T-Bil	mg/dL		
血清 Cr	mg/dL		
eGFR	mL/分/1.73m <sup>2</sup>		
CK	IU/L		
CRP	mg/dL		
K <sup>+</sup>	mmol/L		
HbA1c	%		
血圧	mmHg		
脈			

[ 備考 ]



受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

問題となる症状・薬剤に対して検討した結果（必ず根拠を示すこと）

問題点	考えられる原因	対策案	参考文献など

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

問題点	考えられる原因	対策案	参考文献など

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

患者の訴え、疾患および治療に対する不安や思い、希望など

医師の治療方針

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

医師に疑義照会または処方提案した内容 (根拠をできるだけ分かりやすく簡潔に記載)

医師からの回答内容

※ 処方変更を行わない場合はその理由をお教え下さい。

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

### 処方提案の結果

処方変更の有無	変更あり ( 提案処方 ・ 一部提案通りに変更 ・ 提案以外の処方 ) ・ 変更なし
問題点の改善 (次回来局以降に評価)	改善あり ・ 改善なし ( 体調変化なし ・ 体調悪化 )
[ 次回受診時の体調や処方内容について記載 ]	
[ 継続課題 ( 有 ・ 無 ) と詳細 ]	

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

自己評価（処方提案に対する医師の回答および患者の体調変化等から考察する）

3を基準として、結果が良かった場合や、より当てはまる場合には5を、結果が悪くなかった場合や、あまり当てはまらない場合には1を、その中間をそれぞれ4、2として、当てはまる数字に○を付けて下さい。また、そう考える理由を余白に記載してください。

1) 処方の問題点を抽出するための根拠は妥当である。 1      2      3      4      5

2) 問題点解決のため、根拠として用いた情報は適切である。 1      2      3      4      5

3) 患者の状況・生活習慣などが考慮されている。 1      2      3      4      5

4) 患者の訴え、不安、思い、希望などが考慮されている。 1      2      3      4      5

5) 医師の処方意図を理解し、考慮出来ている。 1      2      3      4      5

6) 処方提案により、問題の解決はできた 1      2      3      4      5

7) 処方提案による患者のメリットはあったか。 1      2      3      4      5

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

8) 処方の問題抽出は難しかった。

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9) 処方の再構築は難しかった。

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10) 処方提案の際のコミュニケーションが難しかった。

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11) 患者の同意を取るのが難しかった。

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12) コンコーダンスの概念に基づき検討ができた。

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

感想を自由に記載して下さい。

受講者 ID :	氏名 :	1 年目 ・ 2 年目 ・ 3 年目 ・ 専門 ・ 専 2 年目 ・ 更新	提出日 平成 年 月 日
----------	------	---------------------------------------	--------------

## 注意事項

- ・個人が特定できる情報（レセコンおよび電子薬歴の ID 番号、保険情報（記号・番号等）、氏名、イニシャル、医療機関名、勤務先名称など）は記入されませんようお気を付け下さい。
- ・記入したレポートは、集合研修・認定試験の際にご持参頂く方法のほかに、紛失を防ぐ方法にてお送りいただいても構いませんが、お送りいただく際には個人情報への配慮の為、書留郵便または宅配業者（クロネコヤマト・佐川急）をご利用ください。
- ・レポート用紙上部の受講者情報については、ホッチキスで外れないように留めてある場合には、表紙のみにご記入いただくだけで問題ありません。
- ・研修効果・介入効果を測るための研究等の他、研修制度の中で教材として症例を加工の上、利用する場合がございますことをご了承下さい。
- ・このレポートに記載された内容は受講者の評価および上記の目的のみに使用するものとし、他の目的により使用する必要が生じた場合には、事前にレポート提出者に説明の上ご承諾頂く場合がございます事をご了承ください。

## 送付いただく場合の送り先

〒100-6610

東京都千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 1 0 階

（一社）薬局共創未来人財育成機構 宛

※ 封筒の左下端に「レポート在中」とご記入下さい

## このレポートに関する問合せ先

一般社団法人薬局共創未来人財育成機構

高齢者薬物治療認定薬剤師制度担当

〒100-6610

東京都千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 1 0 階

TEL : 03-6838-2837

Mail : koreisha@pfpd.or.jp

※ 記録の為、出来るだけメールでの問合せをお願いします。

上記注意事項を確認のうえ、記載内容について承諾しました。

御署名

※ ご提出の前にご署名をお願い致します。