

有害事象ヒアリングシート Ver1.0

ヒアリング日（西暦） 年 月 日 薬局名 _____
（卸業者名 _____） 処方元 _____

* 患者イニシャル： _____ 年齢： _____ 性別： 男 ・ 女
妊娠： 無 ・ 有（妊娠 週） ・ 授乳婦 ・ 不明

* 個人情報保護のため必ずイニシャルで記載。実名は書かないこと。

お薬（湿布・貼付・外用を含む）を服用して、何か気になる事象（副作用・有害事象）があったことを確認したら、以下の項目につき、わかる全てを記載してください。

1. 有害事象の症状： _____

2. 有害事象の発現日（西暦）： _____ 年 月 日 3. 情報収集先：患者 介護 その他（ _____ ）

4. 使用薬剤名：該当患者が使用している全ての薬剤を記入する
（薬情や手帳シール貼付（添付）でも可。ただし「患者名」の部分は載せないこと）

有害事象との因果関係が否定できない薬剤全てに○記をつける。

商品名	メーカー名	商品名	メーカー名
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

メーカー名に○が無い場合、追加確認には対応致しません。（詳細調査除く）

メーカー名も記載し、本ヒアリングシート以外の情報を提供可能なメーカーの前にはチェック☑をつける。

5. 有害事象の経過・治療措置（時系列で記載すること。わかる範囲で）

- ・ 発現前（被疑薬の開始前～開始時の状況、検査値 等）
- ・ 発現時（有害事象の症状詳細、検査値、症状措置 等）
- ・ 発現後（治療措置、被疑薬の措置（継続・減量・中止 等）、検査値 等）
- ・ 転帰、転帰日（回復・軽快・未回復 等）

他に提供可能な情報 あり なし

6. その他報告者コメント（薬剤との因果関係 等）

※処方元へ情報提供する場合は、個人情報保護にかかる同意について、下記項目のいずれかをチェックしてください。

処方元への情報提供は患者の同意を得ています（患者 ID* : _____） 施設内掲示にて包括同意を得ています

*処方元へ FAX で情報提供する場合のみ患者 ID を記載してください。