

お薬管理 がんばるノート

～治癒を目指して！

みんなで支える連携パスポート～

記入方法説明資料



氏 名 _____



私たちが力を合わせて、
あなたの治療をお手伝いします。

治療開始医療機関名：〇〇病院

電話番号：□□□□ー△△ー××××

主治医：★★先生

担当保健所名： △△

電話番号：〇〇〇〇ー×

担当保健師：☆☆保健師

このページは、
保健所の担当者が記入します。
お薬管理協力者は、
協力者の了解をもとに、
患者・家族・医療機関等・保健所が
話し合い決定します。

転院（通院）先医療機関名：

電話番号：××××ー□□ー〇〇〇〇

主治医：△△先生

お薬管理協力者1（●●調剤薬局☆☆店）

電話番号：■ ■ ■ ■ー××ー△△△△

お薬管理協力者2（訪問看護ステーション△△）

電話番号：◎◎◎◎ー△△ー☆☆☆☆

結核の主なお薬について

治療が開始されたら、
服用量などを記入しましょう。

薬名 (略語：通称)	形状 (写真は1例)	服用量・時間 () 回数	副作用・注意事項
イソニアジド (INH：アイナ 又はヒドラ 又はイスコチン)	白い錠剤 	() 錠 / 回 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前	手足のしびれ、肝機能障害 食欲不振、皮膚反応を伴う 発疹などを伴う過敏症
リファンピシン (RFP：リファンブ) ※色はメーカーで異なる	赤いカプセル 	() Cap / 回 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前	肝機能障害、食欲不振 胃腸障害 発疹 ※尿が赤くなりますが、 心配ありません。
エタンブトール (EB)	黄色い錠剤 	() 錠 / 回 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前	視力障害（視力低下・視野 狭窄など） 発疹 下肢のしびれ
ピラジナミド (PZA：ピラマイド)	白い粉薬 	() mg / 回 ☐ 朝 ☐ 夕	肝機能障害（黄疸など） 吐き気・食欲不振 関節痛
ストレプトマイシン (SM)	筋肉注射 	() 回 ☐ 朝 ☐ 夕	このページは、原則、 本人・家族が記入します。 「服用量・時間」の欄は、 治療内容を正しく 理解してもらうため、 保健所の担当者が説明しながら 記入します。
レボフロキサシン (LVFX：クラビット)	黄色い錠剤 	() 錠 / 回 ☐ 朝 ☐ 夕 ☐ 就寝前	

※お薬は、決められた量を確実に飲みましょう。

※副作用が出現した場合、自分で判断してお薬をやめるのでは

なく、早めに主治医に相談してください。

治療計画

様の治療計画

記載日 年 月 日

	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	12 か月
INH												
RFP	医療機関（もしくは保健所）が記入します。											
EB												
PZA												

※治療内容に変更があった場合は、随時、変更内容を医療機関または保健所が記載する。
 ※宮崎東病院に入院した方については、退院時に病院側が記入する。

治療計画変更

変更日	変更内容	変更理由

※治療内容の中止・変更を繰り返す場合などに使用する。

治療計画

○記入例：治療計画

（4剤標準治療を開始したが、1か月後にINHが原因の肝機能障害が出現したため、
薬剤及び治療期間を変更した場合）

	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月
INH	←	×	×	×	×	×	→		
RFP	←					→			
EB	←	→							
PZA	←	→							

変更後：<--->



○記入例：治療計画変更

変更日	変更内容	変更理由
令和2年4月1日	INH の中止	副作用（肝機能障害）の出現
令和2年4月21日	INH の再開	肝機能異常の改善
令和2年5月1日	INH の中止	副作用（肝機能障害）の出現

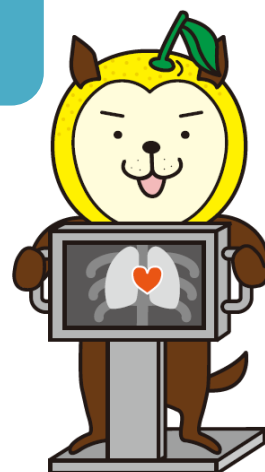




毎日の内服・診療記録

薬を飲み始めた日 年 月 日

薬を飲み始めた日を患者さんと確認して
記入してください。



服薬チェック表

治療開始から 6 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日 数	月	日	曜 日	抗結核薬					メモ ※自覚症状（発熱、寝 汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白 い 錠 剤	RFP 赤いカプセル	EB 黄色の錠剤	PZA 白 い 粉 薬		
									
例	4	1	土	○	○	○	○		発熱あり、外来受診日等
151									
152									
153									
154									
155									
156									
157									
158									
159									
160									
161									
162									
163									
164									
165									
166									
167									
168									
169									
170									
171									
172									
173									
174									
175									
176									
177									
178									
179									
180									

患者本人または本人が内服したことを確認
した服薬支援者（家族等）が記入します。

6か月標準治療の場合は、
180日まで治療するこ
とが必要です。
治療期間が180日未満
になると、再発する可能性
も高くなります。
9か月の治療も同様です。

地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	☐ 結核の病気について、正しく理解できる ☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診	年 月 日	
	2 咳痰	喀痰 その他 ()	
	3 採血	+ - + - 実施 □未実施 ※月1回は喀痰検査を実施してください。	
	4 胸部画像検査	結果	CT
	5 現在の症状	無	()
	6 副作用		()
	7 薬の飲み忘れ		無・有 (日間)
	8 服薬確認手段		ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	9 コメント	薬を毎日飲んでくれているので順調です。これから暑くなるので、水分補給を忘れずに。 記入者名: ●●	
	10 次回受診日	令和 3年 2月 1日	令和 3年 2月15日
保健所	1 訪問・来所日	令和 3年 2月14日	令和 3年 2月28日
	2 現在の症状	無・有 (咳・痰・発熱) その他の症状:	無・有 (咳・痰・発熱) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有 (日間)	無・有 (日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	毎日の薬飲みありがとうございます。残り4か月となりました。引き続き1回/月、訪問します。 記入者名: ★★	ご自宅で、〇〇さんの元気な顔を見るのが楽しみです。引き続き、一緒に頑張りましょう。 記入者名: ★★
お薬管理協力者1 ()	1 訪問・来所日	令和3年 2月 5日	令和 3年 2月20日
	2 薬の飲み忘れ	無・有 (日間)	無・有 (日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	今回、黄色い錠剤と粉薬が終了となりました。今後も、気になる症状が出たらご相談ください。 記入者名: ▲▲	副作用なく治療継続できてますね。何か、気になる症状がありましたら、相談してください。 記入者名: ▲▲
お薬管理協力者2 ()	1 訪問・来所日	令和 3年 2月 8日	令和 3年 2月25日
	2 薬の飲み忘れ	無・有 (日間)	無・有 (日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	〇〇さんが、元気になってくれて嬉しいです。引き続き、薬飲みも頑張ってください。 記入者名: ◆◆	今日は昼食をしっかり全て食べられましたね。手洗い、うがいをしっかりお願いしますね。 記入者名: ◆◆

月1～2回、患者情報を記入します。

原則、医療機関が記入しますが（記入する職種は問いません）菌検査など、その日に結果が出ない場合が多いため、保健所が医療機関に確認して記入することもあります。

患者さんへの指導内容や服薬継続のための、応援コメント、関係者と共有したい情報を記入します。
「見た」というサインでもかまいません。積極的に記入をお願いします。

薬を毎日飲んでくれているので順調です。これから暑くなるので、水分補給を忘れずに。 記入者名: ●●

何か気になる症状があったら、自己中断する前に受診してください。 記入者名: ●●