

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：□□□□—△△—××××

主治医：★★先生

担当保健所名： △△ 保健所

電話番号：〇〇〇〇—××—□□□□

担当保健師：☆☆保健師

転院（通院）先医療機関名：

電話番号：××××—□□—〇〇

主治医：△△先生

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。

お薬管理協力者1（●●調剤薬局☆☆店）

電話番号：■ ■ ■ ■ — × × — △ △ △ △

お薬管理協力者2（訪問看護ステーション△△）

電話番号：◎◎◎◎—△△—☆☆☆☆

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)	白い錠剤 	() 錠) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 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 	() 錠) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 夕	視力障害 (視力低下・視野 狭窄)
ピラジナミド (PZA)	白い粉薬 	() <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 夕	
ストレプトマイシン (SM)	筋肉注射 	() (mg) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	耳鳴り・難聴 めまい
レボフロキサシン (LVFX：クラビット)	黄色い錠剤 	() (mg) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	腹痛、下痢、発疹、 水ぶくれ、吐き気、食欲不 振、尿がでにくい・赤い 等

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。

※お薬は、規則どおり、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												
EB												
PZA												

医療機関（もしくは保健所）が記入します。

※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、当院を退院時に病院側が記入する。

記入例

（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：←---→

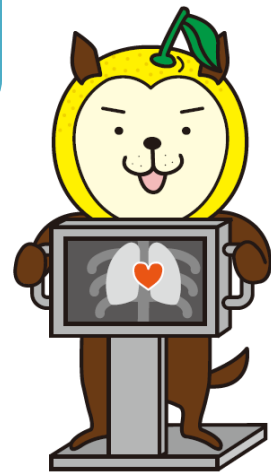




毎日の内服・診療記録

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	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 抗結核薬の副作用がない <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解でき <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	内容
医療機関			28年 5月 25日
			体 喀痰 その他 ()
			抹 + -
			養 + -
			<input type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 未実施
		肝機能障害等なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> X	ST
		4 胸部画像検査	
		5 現在の症状 (無) 有 ()	
		6 副作用 (無) 有 ()	
	7 薬の飲み忘れ (無) 有 ()		
	8 服薬確認手段 (ノート) ・ 残薬 ・ 空袋 (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。	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。
	10 次回受診日	28年 5月 25日	28年 6月 18日
保健所	1 訪問・来所日	28年 5月 13日	28年 5月 28日
	2 現在の症状 (無) ・ 有(咳・痰・発熱) (無) ・ 有(咳・痰・発熱)		
	3 副作用 (無) 有() (無) 有()		
	4 薬の飲み忘れ (無) ・ 有(日間) (無) ・ 有(日間)		
	5 服薬確認手段 (ノート) ・ (残薬) ・ (空袋) (ノート) ・ (残薬) ・ (空袋)		
	6 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。	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。
お薬管理協力者1 (〇〇調剤薬局)	1 訪問・来所日	28年 5月 1日	28年 5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	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。	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。
お薬管理協力者2 (〇〇デイサービス)	1 訪問・来所日	28年 5月 11日	28年 5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。	今日は昼食をしっかりと食べてくれましたね。手洗い、うがいをしっかりとお願いしますね。

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。

※月1回は喀痰検査を実施してください。

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。

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。