

カプセルシートの使用方法

責任薬剤師等が調剤時にカプセルシートの表紙(図1)に以下の内容を記入した後、患者にカプセルシートの使用方法について説明してください。

◆ 責任薬剤師等の記入内容(図1)

- ・ カプセルシート内の投薬冊数及び投薬期間
- ・ 調剤日
- ・ 患者氏名
- ・ 医療機関名・電話番号(薬袋に記載されているもので、ゴム印でも可)
- ・ 次回診察日

◆ 患者への説明内容

- ・ 服用状況の『日付・曜日』欄に、服用の日付と曜日を記入すること(図2)
- ・ 服用したカプセル数を、『服用数量』欄に記入すること(図3)
- ・ 体調の変化や何か気になること、また、服用しなかった場合にはその理由等を『コメント』欄に記入すること(図3)
- ・ 飲み残しても絶対に2回分を1度に服用しないこと、また、飲み残した本剤は、カプセルシート内に残した状態で保管すること
- ・ 未服用薬がある場合、次回診察時に医療機関へ未服用薬のあるカプセルシートを持参いただくか、自己申告により、未服用薬の数量を処方医師・薬剤師等に報告すること
- ・ 本剤はカプセルシート内で保管すること
旅行に行かれる等の外出時も、本剤を個々に切り離したり、取り出したりせず、カプセルシートのまま携行すること

《未服用薬が発生した場合》

飲み残し等があった日の日付を二重線で消し、新たに服用する日付を記入すること(図4)

- ☞ 服用状況欄に新しい用紙(服用状況欄)を貼っていただいてもかまいません。
(貼付用の用紙は藤本製薬でご用意いたします)
- ☞ 未服用薬を残したカプセルシートをそのまま患者にお渡しいただいても、今回調剤する新しいカプセルシートに詰め直していただいてもかまいません。

サレド[®]カプセル 100
THALED[®] CAPSULES 100
 (サリドマイド: Thalidomide)

カプセルシート 7日用

1 冊目 / 全 1 冊
 4 月 1 日 ~ 4 月 7 日分です。

調剤日	20××年	4 月	1 日
お名前	〇〇	〇〇	さま

《医療機関名・電話番号》

〇〇〇〇〇 病院

TEL: ×××-×××-××××

◆ 次回診察時 **4 月 8 日**に残ったお薬があれば、医療機関へこのカプセルシートをお持ちいただくか、主治医あるいは薬剤師に残量を報告してください。
 ◆ **不要になったお薬は捨てず**に調剤された医療機関までご持参ください。

図 1

服用状況: **サレド[®]カプセル 100**
 体調の変化や何か気になること、また服用しなかった場合にはその理由等をご記入ください。

日付・曜日	服用数量	コメント
4/1 (月)	個	
4/2 (火)	個	
4/3 (水)	個	
4/4 (木)	個	
4/5 (金)	個	
4/6 (土)	個	
4/7 (日)	個	

※ □ の枠内が1週間分です。

図 2

服用状況: **サレド[®]カプセル 100**
 体調の変化や何か気になること、また服用しなかった場合にはその理由等をご記入ください。

日付・曜日	服用数量	コメント
4/1 (月)	1 個	
4/2 (火)	1 個	
4/3 (水)	個	飲み残し
4/4 (木)	1 個	
4/5 (金)	1 個	
4/6 (土)	1 個	手足のしびれあり
4/7 (日)	1 個	

※ □ の枠内が1週間分です。

図 3

服用状況: **サレド[®]カプセル 100**
 体調の変化や何か気になること、また服用しなかった場合にはその理由等をご記入ください。

日付・曜日	服用数量	コメント
4/1 (月)	1 個	
4/2 (火)	1 個	
4/3 (水)	個	飲み残し
4/4 (木)	1 個	
4/5 (金)	1 個	
4/6 (土)	1 個	手足のしびれあり
4/7 (日)	1 個	

※ □ の枠内が1週間分です。

図 4