

リベルサス錠服薬指導報告書

指導日：西暦 年 月 日 処方医：

患者 ID： 患者氏名： (歳)

いつもお世話になっております。リベルサス®錠の導入にあたり、下記の全ての項目を満たす患者様が服用の対象となります。1つでも満たさない項目がある場合は、疑義照会が必要となります。お手数をお掛けしますが、宜しくお願い致します。

<確認項目>

- 起床時に服用出来る
- 服用後 30 分間の間隔を空けることが出来る
- 30 分間飲食を控えることが出来る
- 30 分後に朝食を摂ることが出来る
- 夜間飲食をしない
- 0 時までには夕食を済ませることが出来る
- 120mL 以下の水で服用出来る（事前に水の量確認）
- 錠剤を割ったり、噛み砕かずに服用出来る
- 服用忘れ防止のため、薬剤の配置場所（洗面台、台所、枕元）を定められる
- ヒートシールを 1 錠ずつ切り離さず、管理が出来る
- 副作用である消化器症状について理解出来る
- 飲み忘れ時の対処法を理解出来る（その日はスキップ）

下の二次元バーコードより
運用方法、確認項目の目的を
説明した動画が視聴できます



全てに該当 / 該当しない項目あり

疑義照会を行い、下の内容・コメント欄の記載をお願い致します

疑義照会内容・コメント

薬局名： TEL： 担当薬剤師：

記入後、本様式の FAX (0563-56-5205) をお願い致します。

ご不明な点は 0563-56-3171 (西尾市民病院 薬剤部) までお問い合わせ下さい。