



服薬連絡帳 （ページニオ）

氏名 _____ 様

医療機関からの連絡事項（主治医又は病院薬剤師が記入）

今回のページニオ投与量 $\text{mg} \times$ 回 日分
 次回予約日 月 日
 特記事項

病院薬剤師からの連絡事項

ページニオとの併用ホルモン剤： _____
 薬剤師外来 担当薬剤師 _____

下痢止めの薬の使い方

- ① 便の状態（⑦水様便）になったとき、
 下痢止めの薬の名前（ロペラミド）を
 1回（1）個服用。
- ②（4）時間経過しても症状が改善していない
 場合は、さらに（1）個追加服用。

- 下痢止めの薬は、下痢でつらくなる前に使しましょう。そのあとは、便の様子を見ながら、使う量や回数を調整していきます。
- 下痢止めの薬の使い方は、主治医の指示に従ってください。
- 普段から便秘薬などを使っている方は、事前に先生に伝えましょう。

● 便性状の種類と表現



Lewis SJ & Heaton KW: Scand J Gastroenterol 32 (9), 920-924, 1997. Longstreth GF, et al: Gastroenterol 130(S), 1480-1491, 2006を参考に作成

特記事項

ベージニオ®錠の服用中に
かんしつ せいはいしっかん
「間質性肺疾患*」
 があらわれることがあります。

- かんしつ せいはいしっかん
- ・間質性肺疾患は、急に重篤化して死亡に至る可能性があるため、**早期発見**と**早期治療**が大切です。
 - ・症状があらわれたら**速やかに**主治医の先生に相談しましょう。

以下のような症状があらわれた場合には、
 服用を中止し、**速やかに**連絡してください。

階段を登ったり、少し無理をしたりすると息切れがする・息苦しくなる。

- からげき たん
- 空咳（痰のない咳）がでる
- 発熱する など

* 間質性肺炎・肺臓炎とよばれることがあります

ご本人の自己チェック 診察日に記入して持参してください。

	月 日
飲み忘れ	有・無 (回)
発熱	有・無
息切れ	有・無
空咳	有・無
下痢	有・無 (回)
吐き気・嘔吐	有・無
食欲不振	有・無
倦怠感	有・無
その他の困りごと	

医療機関からの連絡事項 (主治医又は病院薬剤師が記入)

今回のベージニオ投与量 mg × 回 日分
 次回予約日 月 日
 特記事項

病院薬剤師による確認 薬剤師 _____
 特記事項

保険薬局チェック 保険薬局薬剤師が記入してください。

	月 日
①処方量	_____mg/回 _____日分
②次回予約 処方過不足	月 日 有・無
過不足錠数	過・不（錠）
③中断薬	有・無（錠）
服薬状況 飲み忘れ	有・無 （残錠）
下痢 一日8回以上	有・無
下痢 激しい腹痛	有・無
下痢 発熱や嘔吐を伴う	有・無
下痢 血便/黒色便	有・無
倦怠感	有・無
空咳	有・無
息切れ	有・無
④主治医へ 確認したいこと	
医療機関チェック確認	

特記事項

ご本人の自己チェック 診察日に記入して持参してください。

	月 日
飲み忘れ	有・無 （回）
発熱	有・無
息切れ	有・無
空咳	有・無
下痢	有・無 （回）
吐き気・嘔吐	有・無
食欲不振	有・無
倦怠感	有・無
その他の困りごと	

医療機関からの連絡事項 （主治医又は病院薬剤師が記入）

今回のページニオ投与量 mg × 回 日分
 次回予約日 月 日
 特記事項

病院薬剤師による確認 薬剤師 _____
 特記事項

保険薬局チェック 保険薬局薬剤師が記入してください。

	月 日
①処方量	_____mg/回 _____日分
②次回予約 処方過不足	月 日 有・無
過不足錠数	過・不（ 錠）
③中断薬	有・無（ 錠）
服薬状況 飲み忘れ	有・無 （残 錠）
下痢 一日8回以上	有・無
下痢 激しい腹痛	有・無
下痢 発熱や嘔吐を伴う	有・無
下痢 血便/黒色便	有・無
倦怠感	有・無
空咳	有・無
息切れ	有・無
④主治医へ 確認したいこと	
医療機関チェック確認	

特記事項

ご本人の自己チェック 診察日に記入して持参してください。

	月 日
飲み忘れ	有・無 （ 回）
発熱	有・無
息切れ	有・無
空咳	有・無
下痢	有・無 （ 回）
吐き気・嘔吐	有・無
食欲不振	有・無
倦怠感	有・無
その他の困りごと	

医療機関からの連絡事項 （主治医又は病院薬剤師が記入）

今回のページニオ投与量 mg × 回 日分
 次回予約日 月 日
 特記事項

病院薬剤師による確認 薬剤師 _____
 特記事項