



服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

【区分】 処方追加・変更に関する報告 その他 (GIO 予防の現状報告)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日:	電話番号:
患者ID: 性別: 男性・女性	FAX 番号:
患者イニシャル:	担当薬剤師名:

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得ています。
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

【詳細】

経口グルココルチコイドを3カ月以上使用中あるいは使用予定

↓

薬物療法の有無を確認

↓

薬物療法なし

↓

危険因子	既存骨折		年齢 (歳)			ステロイド投与量 (PSL換算mg/日)			合計 スコア
	なし又は 不明	あり	<50	50 ≦ <65	≧65	<5	5 ≦ <7.5	≧7.5	
スコア	0	7	0	2	4	0	1	4	
チェック欄									

↓

スコア ≧ 3

↓

薬物療法の提案

グルココルチコイド誘発性骨粗しょう症の管理と治療のガイドライン 2023 をもとに作成

■ 患者さんの所見、情報

- ・服用中ステロイド ()
- ・錠剤の服用状況 (嚥下機能) 服用できる・服用できない

■ 薬剤師からの提案事項

骨折リスクが高い患者 (上図でスコア 3 以上) には、薬物療法を開始することが推奨されていますので、ガイドラインに基づいた下記の例を参考に再度ご検討いただけましたら幸いです。

薬物療法: ビスホスホネート製剤* (内服: アレンドロン酸、ミノドロロン酸、リセドロロン酸、
注射: イバンドロン酸、ゾレドロロン酸)

※投与開始にあたり口腔評価をお願いします。

抗 RANKL 抗体 (デノスマブ)、テリパラチド
 活性型ビタミンD₃製剤 (アルファカルシドール、エルデカルシトール)
 選択的エストロゲン受容体調整薬 (バゼドキシフェン、ラロキシフェン)

■ 病院からのフィードバック