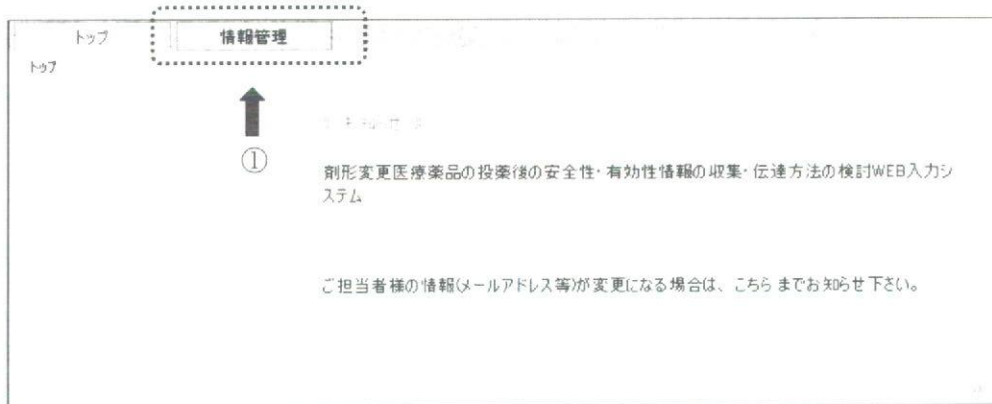


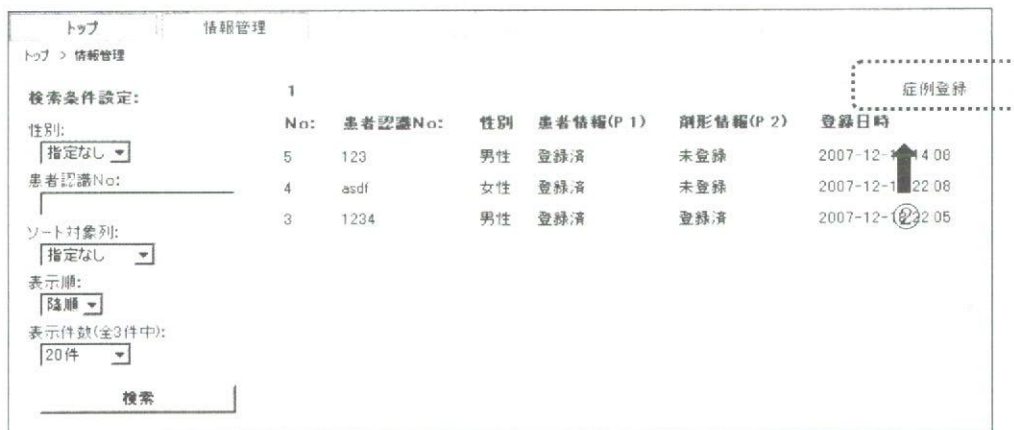
2. 登録画面

2-1. 新規登録（新たに情報を入力する場合）

① 「情報管理」をクリックします。



② 「症例登録」をクリックし、情報入力画面へ進みます。（P6以降に進む）



2-2. 修正登録（登録済みの内容の修正を行う場合）

- ① 「情報管理」をクリックします。
- ② 登録を完了した内容は「登録済」と表示されます。

トップ 情報管理
トップ > 情報管理

検索条件設定: 1 症例登録

性別: 指定なし

患者認識No: _____

ソート対象: 指定なし

表示順: 降順

表示件数(全3件中): 20件

検索

No.	患者認識No.	性別	患者情報(P1)	剤形情報(P2)	登録日時
5	123	男性	登録済	未登録	2007-12-19 14:08
4	asdf	女性	登録済	未登録	2007-12-18 22:08
3	1234	男性	登録済	登録済	2007-12-18 22:05

- ③ 「登録済」をクリックすると登録された内容が表示されます。画面下部の<修正入力>ボタンをクリックします。

成分名: ミタゾラム注射液(経口投与)

商品名: ドルミカム注射液 10mg

服用開始日: 2006年01月01日

報告日: 2006年01月01日

修正入力 | 削除確認 | 次頁 | 戻る

- ④ 情報入力が可能な状態になりますので、適宜、修正箇所の情報を入力します。(P.6 以降参照)

2-3. 未登録呼び出し（途中保存した内容を読み出す場合）

- ① 「情報管理」をクリックします。
- ② 入力途中段階で保存（3-1⑪、3-4④参照）された内容は「未登録」と表示されます。

トップ > 情報管理

検索条件設定: 1

性別: 指定なし

患者認識No: 4

ソート対象列: 指定なし

表示順: 降順

表示件数(全3件中): 20件

検索

No:	患者認識No:	性別	患者情報(P.1)	剤形情報(P.2)	登録日時
5	123	男性	登録済	未登録	2007-12-19 14:08
4	asdf	女性	登録済	未登録	2007-12-18 22:08
3	1234	男性	登録済	登録済	2007-12-18 22:05

- ③ 「未登録」をクリックすると入力途中段階の内容が表示されますので、引き続き情報入力を進めてすべて入力が完了されたら<入力実行>ボタンをクリックします。（P.6以降参照）

<その他特記事項>

途中保存 | 入力実行 | 戻る

3. 情報入力

3-1. 患者情報・対象医薬品の入力

情報管理

トップ > 情報管理 > 患者情報新規作成入力(P1)

※ 1 認推日を指定して、新規情報登録を行います。

① 医療機関名:
国立成育医療センター

② 患者認識NO(必須):

③ 生年月(必須):
_____年 [01] 月
生年月が不明な場合
年齢 _____才 _____ヶ月

④ 性別(必須):
 男性 女性

<対象医薬品>
⑤ 成分名(必須):
[選択して下さい]

⑥ 商品名(必須):
[選択して下さい]

⑦ 服用開始日(必須):
_____年 [01] 月 [01] 日

⑧ 報告日(必須):
_____年 [01] 月 [01] 日

⑨ _____ [途中保存] [入力実行] [戻る]

- ① 医療機関名 : 所属の医療機関名が自動表示されます。
- ② 患者認識 NO : 調査協力施設毎の匿名化番号を入力します。《必須》
- ③ 生年月 (年齢・月齢) : 「年」は西暦を半角数字で入力し、「月」はプルダウンから選択します。《必須》
生年月が不明な場合のみ、服用開始時の年齢・月齢を入力します。
- ④ 性別 : 性別を選択します。《必須》
【選択肢】男 / 女
- ⑤ 成分名 : プルダウンから該当の成分名を選択します。《必須》
- ⑥ 商品名 : プルダウンから該当の商品名を選択します。《必須》
⑥成分名の選択によって⑦商品名の選択肢は異なります。
*商品名が不明の場合は「その他」を選択して下さい。
- ⑦ 服用開始日 : 「年」は西暦を半角数字で入力し、「月」「日」はプルダウンから選択します。《必須》

- ⑧ 報告日 : 「年」は西暦を半角数字で入力し、「月」「日」はプルダウンから選択します。《必須》
- ⑨ 最後まで選択および入力が完了しましたら、<入力実行>ボタンを、まだ途中段階での保存となる場合は<途中保存>ボタンをクリックします。

<入力実行>ボタンをクリック後、登録した情報に抜け洩れがある場合には、抜け洩れのある箇所に赤字でメッセージが表示されます（以下イメージ）。
メッセージに従って、再度登録をしてください。

生年月(必須):

年 月

生年月が不明な場合

年齢 才 ヶ月

生年月、あるいは年齢を入力して下さい。

- ⑩ <入力実行>ボタンをクリックした登録内容に入力洩れがなければ、登録確認画面が表示されますので<登録実行>ボタンをクリックすると登録完了です。内容入力画面に戻りたい場合は、<修正入力>ボタンをクリックします。

トップ 情報管理

トップ > 情報管理 > 患者情報新規作成確認(P1)

患者情報を確認し、問題なければ登録が完了します。

医療機関名:
国立成育医療センター

患者認識NO:
123

生年月:
1970 年 01 月
0 ヶ月

<対象医薬品>
成分名:
ワルファリンカリウム錠(粉砕投与)

商品名:
ワ-ワリン錠0.5mg

服用開始日:
2002 年 01 月 01 日

報告日:
2002 年 01 月 01 日

⑩

- ⑫ 引き続き「治療内容」を入力する場合には、<次頁入力>ボタンをクリックします。
(P.9に進みます)



3-2. 治療内容登録 — 基本情報 —

トップ 情報管理

トップ > 情報管理 > 剤形情報入力②

下記項目を確認して、登録ボタンをクリックしてください。

①

②

③

医療機関名:
国立成育医療センター

患者認識NO:
123

生年月:
1970 年 1 月
オ ヶ 月

<対象医薬品>
成分名:
ワルファリンカリウム錠(粉砕投与)

商品名:
ワーファリン錠0.5mg

体重(必須):
| kg

使用理由(対象疾患)(必須):
 血栓塞栓症
 その他(フリー入力)

- ① (自動反映) : 患者情報・対象医薬品の入力情報が表示されます。
- ② 体重 : 体重を半角英数字の小数点第1位まで入力します。《必須》
例：45.3 (kg)
*体重が不明な場合は「0」kg と入力して下さい。
- ③ 使用理由(対象疾患) : 使用理由(対象疾患)を選択肢から選びます。《必須》
【選択肢】《複数選択可能》
麻酔前投薬 / 全身麻酔の導入及び維持 / 集中治療における人工呼吸中の鎮静 / その他(理由をテキストボックスに入力)

3-3. 治療内容登録 — 治療経過 —

<治療経過>

① 服用開始時 1日投与量(必須):
 mg・ μg(ベラプロストナトリウム錠の場合) / 日

② 服用開始時 1日投与回数(必須):

③ 服用量変更時 1日投与量:
 mg・ μg(ベラプロストナトリウム錠の場合) / 日

④ 服用量変更時 1日投与回数:

⑤ 服用量変更日:
 年 月 日
 西暦

⑥ 服用量変更に関する特記事項:

⑦ 服用期間(必須):
 休業期間を除いた期間を入力してください。
 1服用開始日 年 月 日
 1服用終了日 年 月 日
 2服用開始日 年 月 日
 2服用終了日 年 月 日
 3服用開始日 年 月 日
 3服用終了日 年 月 日

⑧ 有効性評価(必須):

 「判定不能」を選択した場合

⑨ 副作用(必須):

副作用情報:
 ⑩ 副作用名

⑪ 発現日 年 月 日

⑫ 重篤度 重篤度分類基準について(厚生労働省)

⑬ 転帰

⑭ 調査薬の服用

⑮ 副作用の詳細

⑯ 評価時点の服用状況(必須):

⑰ 評価時点において調査薬の服用を中止または終了した理由:

 「その他」を選択した場合

⑱ 評価日(必須):
 年 月 日

- ① 服用開始時
1日投与量 : 服用開始時の1日投与量を半角数字で入力します。《必須》
- ② 服用開始時
1日投与回数 : 服用開始時の1日投与回数を半角数字で入力します。《必須》
- ③ 服用量変更時
1日投与量 : 服用変更時の1日投与量を半角数字で入力します。
- ④ 服用量変更時
1日投与回数 : 服用変更時の1日投与回数を半角数字で入力します。
- ⑤ 服用量変更日 : 「年」は西暦を半角数字で入力し、「月」「日」はプルダウンから選択します。
- ⑥ 服用量変更に関する特
記事項 : 特記事項がある場合には全角300字以内で入力します。
*服用量変更が複数回になる場合等は、その状況をコメント
入力して下さい。
- ⑦ 服用期間 : 服用開始日と服用終了日を「年」は西暦を半角数字で入力し、
「月」「日」はプルダウンから選択します。《必須》
※休薬期間がある場合には、休薬期間を除いた期間をそれぞれ登録します。(3つまで)
- ⑧ 有効性評価 : 有効性評価をプルダウンから選択します。《必須》
【選択肢】
著明改善:効果について期待以上の結果が得られた。
改善:効果について期待通りの結果が得られた。
やや改善:効果について期待した結果ではないが、改善傾向の結果は得られた。
不変:効果について期待した結果が得られなかった。
悪化:状態の悪化が認められた。
判定不能:(理由をテキストボックスに入力すること)
- ⑨ 副作用 : 副作用をプルダウンから選択します。《必須》
【選択肢】
あり / 因果関係不明だが副作用あり / なし
- ⑩ 副作用名 : 副作用名をテキストボックスに全角64文字以内で入力
します。
- ⑪ 発現日 : 「年」は西暦を半角数字で入力し、「月」「日」はプルダウン
から選択します。
- ⑫ 重篤度 : 重篤度をプルダウンから選択します。
【選択肢】
重篤 / 中程度 / 軽微
*重篤度分類については、「医薬品等の副作用の重篤度分類基準
について」(平成4年6月29日 薬安第80号 厚生省薬務局安全
課長通知)を参考として入力して下さい。

- ⑬ 転帰 : 転機をプルダウンから選択します。
【選択肢】
回復 / 軽快 / 未回復 / 後遺症 / 死亡 / 不明
- ⑭ 調査薬の服用 : 副作用発現後の調査薬の服用状況をプルダウンから選択します。
【選択肢】
中止 / 減量して継続 / そのまま継続 / その他
- ⑮ 副作用の詳細 : 副作用の詳細情報をテキストボックスに全角 300 文字以内で入力します。
- ⑯ 評価時点の服用状況 : 評価時点の服用状況をプルダウンから選択します。《必須》
【選択肢】
継続 / 中止又は終了 / 転院等により不明
- ⑰ 評価時点において調査薬の服用を中止または終了した理由 : 評価時点において調査薬の服用を中止または終了した理由をプルダウンから選択します。
【選択肢】
症状改善 (使用目的の消失) のため / 効果不十分のため / 副作用のため / 服用困難のため / その他 (理由をテキストボックスに入力すること)
- ⑱ 評価日 : 「年」は西暦を半角数字で入力し、「月」「日」はプルダウンから選択します。《必須》

3-4. 治療内容登録 — 剤形変更情報 —

< 剤形変更情報 >

① 調剤時の工夫及び留意事項(必須):

 「調剤日数制限」「苦み対策」「その他」を選択した場合

② 薬の管理者への情報提供(必須):

 「その他」を選択した場合

③ < その他特記事項 >

④

- ① 調剤時の工夫及び留意事項 : 調剤時の工夫及び留意事項をプルダウンから入力します。《必須》
【選択肢】
 遮光袋に入れる / 密封する / 乾燥剤を入れる / 調剤日数を制限する。(日数をテキストボックスに入力) / 苦み対策をする。(其他的内容をテキストボックスに入力) / 特になし / 院外処方のため不明 / その他 (内容をテキストボックスに入力)
- ② 薬の管理者への情報提供 : 薬の管理者(親等)への情報提供の方法をプルダウンから選択します。《必須》
【選択肢】
 薬袋に注意事項を記載する / 注意事項が記載された説明書を渡す / 口頭にて注意事項を説明する / 特になし / 院外処方のため不明 / その他 (内容をテキストボックスに入力)
- ③ その他特記事項 : その他特記事項がある場合には、テキストボックスに全角 500 文字以内で入力します。
- ④ 最後まで選択および入力が完了しましたら、<入力実行>ボタンを、まだ途中段階での保存となる場合は<途中保存>ボタンをクリックします。

<入力実行>ボタンをクリック後、登録した情報に抜け洩れがある場合には、抜け洩れのある箇所に赤字でメッセージが表示されます(以下イメージ)。メッセージに従って、再度登録をしてください。

服用量変更日:
 18 年 01 月 01 日
 西暦
 服用変更日が有効範囲内ではありません。

- ⑤ 内容に抜け洩れがなければ、登録確認画面が表示されますので<登録実行>ボタンをクリックすると登録完了です。

内容入力画面に戻りたい場合は、<修正入力>ボタンをクリックします。

< 剤形変更情報 >
調剤時の工夫及び留意事項：
密封する。

薬の管理者への情報提供：
 頭にて注意事項を説明する。

< その他特記事項 >

⑤ → **登録実行** | **修正入力**

Detailed description: This is a screenshot of a web form. It contains several sections of text. The first section is titled '< 剤形変更情報 >' and includes '調剤時の工夫及び留意事項：' followed by '密封する。'. The second section is titled '薬の管理者への情報提供：' and includes a checkbox labeled '頭にて注意事項を説明する。'. The third section is titled '< その他特記事項 >'. At the bottom of the form, there are two buttons: '登録実行' and '修正入力'. An arrow labeled '⑤' points to the '登録実行' button, which is highlighted with a dashed border.

- ⑥ カルテ情報(P.2)の修正が完了しました」とメッセージが表示されましたら登録完了です。<戻る>ボタンをクリックすると続けて登録できます。

トップ | 情報管理

トップ > 情報管理 > 剤形情報登録完了(P.2)

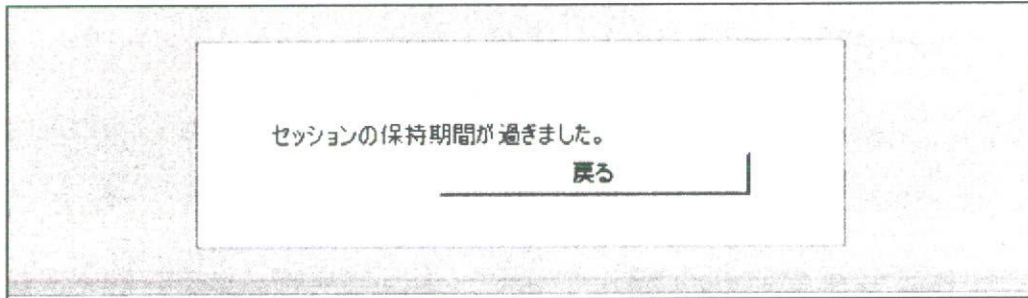
⑥ → **戻る**

Detailed description: This is a screenshot of a web page showing a completion message. At the top, there are two tabs: 'トップ' and '情報管理'. Below the tabs, the breadcrumb trail reads 'トップ > 情報管理 > 剤形情報登録完了(P.2)'. The main content area contains a message: '剤形情報(P.2)の修正が完了しました。' (The correction of the dosage form information (P.2) is complete). Below the message, there is a button labeled '戻る' (Back). An arrow labeled '⑥' points to the '戻る' button, which is highlighted with a dashed border.

4. その他

4-1. タイムアウト

一定時間操作されない状態が継続すると、タイムアウト（時間切れ）となり、あらためてログインが必要となります。

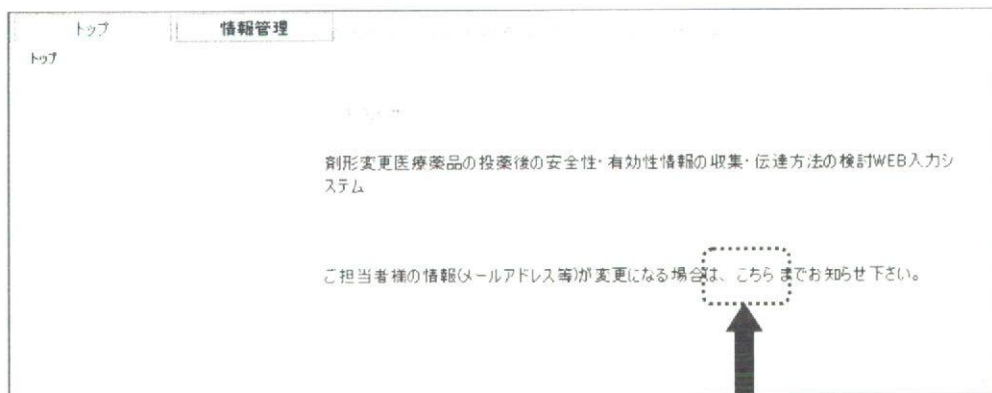


この場合、ログインページ（P. 2 参照）の手順に従い、指定された①アカウントと②パスワードを入力し、③ログインボタンをクリックしてください。

4-2. 施設の担当者情報が変更になった場合には？

研究側からお知らせをお送りする際に宛先となる担当者に変更が生じた場合には、判明次第変更内容（新ご担当者のお名前・部署・メールアドレス等）をメールにてご連絡くださいますようお願いいたします。

担当者情報変更受付 : seiiku-ishikawa@health.ne.jp



クリックすると担当者宛のメール作成画面が立ち上がります。

4-3. 困ったときは

研究についてのお問い合わせにつきましては、下記までご連絡ください。

- 連絡先： 国立がんセンター中央病院 薬剤部
寺門 浩之
〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1
TEL : 03-3542-2511 (内線) 7990 FAX : 03-3547-5280
E-mail : hterakad@ncc.go.jp

入力システムの操作上のお問い合わせにつきましては、下記までご連絡ください。

- 受付時間： 平日（月～金） 9:00～17:30

- 連絡先： 株式会社ヘルスクリック システム開発事業部
〒141-0031 東京都品川区西五反田 7-10-4 金剛ビル
TEL : 03-5745-6505 FAX : 03-5745-6526
E-Mail : renkeikun-info@cmic.co.jp

参考資料 (対象医薬品一覧)

1	ワルファリンカリウム錠(粉碎投与)	4	ベプロストナトリウム錠(粉碎投与)
	1 アレファリン錠 1mg		1 セナプロスト錠 20 μ g
	2 ワーファリン錠 0.5mg		2 ドルナー錠 20 μ g
	3 ワーファリン錠 1mg		3 ドルナリン錠 20 μ g
	4 ワーファリン錠 5mg		4 ドルナリン錠 40 μ g
	5 ワーリン錠 0.5mg		5 プロサイリン錠20
	6 ワーリン錠 1mg		6 プロスタリン錠 20 μ g
	7 ワルファリンK錠 1mg		7 プロスナー錠 20 μ g
	8 ワルファリンカリウム錠 0.5mg「HD」		8 プロスナー錠40 μ g
	9 ワルファリンカリウム錠 1mg「HD」		9 プロドナー錠 20
	10 ワルファリンカリウム錠 2mg「HD」		10 プロルナー錠 20 μ g
2	ミダゾラム注射液(経口投与)		11 プロルナー錠 40 μ g
	1 ドルミカム注射液 10mg		12 ベストルナー錠20
	2 ミダゾラム注 0.5%「F」		13 ペプラリード錠 20 μ g
	3 ミダゾラム注 10mg「サンド」		14 ベラストリン錠 20 μ g
3	プロラノロール塩酸塩錠(粉碎投与)		15 ベラドルリン錠 20 μ g
	1 アイデイトロール10		16 ベラドルリン錠 40 μ g
	2 インデラル錠 10mg		17 ベルナール錠 20 μ g
	3 インデラル錠 20mg		18 ベルラー錠20 μ g
	4 シンプラール錠 10	5	クロラゼブ酸ニカリウムカプセル
	5 タグ錠10		(粉碎・脱カプセル投与)
	6 ヘルツベース錠 10mg		1 メンドン 7.5mg
	7 メントリース錠 10		
	8 ラシロール錠 10mg		
	9 ラピノーゲン錠10		

資料 1.

医薬品剤形のあり方と、剤形変更についての実態調査

(アンケート調査用紙)

厚生労働科学研究費補助金 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業

小児科領域での投薬に適した医薬品剤形のあり方と、
剤形変更した医薬品の安全性・有効性の確保に関する研究

医療機関向けアンケート

※は必須項目となっておりますので、必ずご記入ください。

施設名 ※ _____
 部署名・ _____
 メールアドレス _____
 担当者名 ※ _____

1. 調査対象医薬品のうち、調剤・調製、有効性・安全性又は粉碎後の安定性・使用性(味・遮光等)などに問題があるため、製薬企業での小児用剤形開発を希望する薬剤についてお尋ねします。
 剤形開発を希望する薬剤名とその理由をそれぞれの一覧表から選択し、該当番号をチェック入力してください。(複数回答可)

<理由一覧>

- 1.有効性に疑問がある
- 2.安全性に疑問がある
- 3.品質的に疑問がある
- 4.味・臭いなどに問題がある
- 5.調剤上(秤量・分包・色調など)の問題がある
- 6.使用量が多い
- 7.その他()

<対象医薬品一覧>

	1	2	3	4	5	6	7	7.その他を選択した場合
1-1 ワーファリン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-2 インデラル錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-3 コートリル錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-4 ダントリウムCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-5 フロリネフ錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-6 アーチスト錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-7 ボラキス錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-8 セルセプトCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-9 アカルディCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-10 カタプレス錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-11 硫酸ポリミキシンB錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-12 フラゾール錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-13 タンボコール錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-14 リオレサル錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-15 ラボナ錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-16 ドルナー錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-17 レニベース錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-18 ジフルカンCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-19 グリチロン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-20 メキシチールCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-21 アムロジン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-22 エルカルチン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-23 エンドキサンP錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-24 グリコラン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-25 ザイボックス錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-26 ブイフェンド錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-27 イムラン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-28 タケブロンCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-29 ベンタサ錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1-30 メドロール錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. 1で選択した対象薬剤以外で小児用剤形開発を希望される薬剤がある場合は、開発希望上位5薬剤について、薬剤名及び理由も併せてご入力ください。

2-1	薬剤名1	_____							
		1	2	3	4	5	6	7	7.その他を選択した場合
2-2	理由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2-3	薬剤名2	_____							
		1	2	3	4	5	6	7	7.その他を選択した場合
2-4	理由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2-5	薬剤名3	_____							
		1	2	3	4	5	6	7	7.その他を選択した場合
2-6	理由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2-7	薬剤名4	_____							
		1	2	3	4	5	6	7	7.その他を選択した場合
2-8	理由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2-9	薬剤名5	_____							
		1	2	3	4	5	6	7	7.その他を選択した場合
2-10	理由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. 病院での粉碎対応について
以下のそれぞれの医薬品について錠剤粉碎などの剤形変更を行った場合、貴院での対応についてご回答下さい。

3-1 吸湿に注意を要する薬剤

<対応一覧>

1. 処方日数を制限している(日以内)
2. 保管方法を説明し与薬している
3. 乾燥剤(シリカゲル)入りビニール袋で与薬している
4. 特になし
5. その他()
6. 採用していない

		1	2	3	4	5	6	1を選択した場合の日数 5その他を選択した場合
3-1-1	エルカルチン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1-2	ダントリウムCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1-3	硫酸ポリミキシンB錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1-4	レニベース錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1-5	グリチロン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1-6	メンドンCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-1-7	プロサイリン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3-2 遮光に注意を要する薬剤

<対応一覧>

1. 遮光袋に入れて与薬している
2. 遮光保管について与薬時説明する
3. 特になし
4. その他()
5. 採用していない

		1	2	3	4	5	4その他を選択した場合
3-2-1	ワーファリン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-2-2	アーチスト錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-2-3	インデラル錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-2-4	アカルディCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3-2-5	アムロジン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3-3 味・臭いに注意を要する薬剤

<対応一覧>

1. オブラートに包んで服用させるように説明している
2. ヨーグルト等子どもの好きな食べ物と一緒に服用させるように説明している
3. 特になし
4. その他()
5. 採用していない

	1	2	3	4	5	4.その他を選択した場合
3-3-1 フラジール錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-3-2 タンボコール錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-3-3 ドルナー錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-3-4 ジフルカンCap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-3-5 メキシチール Cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3-4 細胞毒性のある薬剤(*医療スタッフの対応)

<対応一覧>

1. 服用させた後、手洗いをを行うことを説明している
2. 調剤者はマスク・防護メガネ等を使用し注意する
3. 調剤に使用した調剤器具は洗浄し、散薬分包機は掃除する
4. 特になし
5. その他()
6. 採用していない

	1	2	3	4	5	6	5.その他を選択した場合
3-4-1 エンドキサンP錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-4-2 イムラン錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-4-3 メトレキセート 錠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3-5 上記の薬剤以外で剤形変更時、特に注意が必要な薬剤がありましたら薬剤名及び対応についてご記入下さい。

4. 直院で粉砕などの剤形変更を行う場合、何を根拠に粉砕の可否を判断していますか？使用頻度の高い順にご回答下さい。(複数回答時には、優先順位の高い理由順に左のテキストボックスに順位の数字(1,2,3,4,5,6)を半角数字で入力してください。)

優先順位

- 4-1 添付文書
- 4-2 インタビューフォーム
- 4-3 企業からの情報
- 4-4 文献情報
- 4-5 錠剤・カプセル剤粉砕ハンドブック等
- 4-6 その他: _____

5. 薬剤部で剤形変更するうえで、必要な情報(添付文書又はインタビューフォームなどに記載されていたら良いと思われる情報)についてお尋ねします。(複数回答時には、優先順位の高い理由順に左のテキストボックスに順位の数字(1,2,3,4,5,6,7,8)を半角数字で入力してください。) ※

優先順位

- 5-1 有効性情報(粉碎後の生物学的同等性など)
- 5-2 安全性情報
- 5-3 安定性情報
- 5-4 粉碎後の性状情報(味・吸湿性など)
- 5-5 保管上の注意点
- 5-6 粉碎時の注意事項
- 5-7 配合変化情報(配合禁忌)
- 5-8 その他: _____

6. 薬剤部で調剤又は院内製剤する方法についてお尋ねします。

- 6-1 錠剤又はカプセル剤を粉碎する場合、粉碎に用いる用具は何を使用していますか？(複数回答時には、優先順位の高い理由順に左のテキストボックスに順位の数字(1,2,3)を半角数字で入力してください。) ※

優先順位

- 6-1-1 錠剤粉碎機 使用している 使用していない
- 6-1-2 乳鉢 使用している 使用していない
- 6-1-3 その他の用具: _____

- 6-2 薬剤により粉碎に用いる用具が異なる場合には、下記テキストボックスに薬剤名と、どのような基準でその用具を選択するのかを入力してください。
- _____

- 6-3 粉碎後、篩過をしますか？ ※

行っている 行っていない

- 6-4 篩過を行なっている場合、何号の篩を使用していますか？(複数回答時には、優先順位の高い理由順に左のテキストボックスに順位の数字(1,2,3,4)を半角数字で入力してください。)

- 6-4-1 50号(300 μ m)
- 6-4-2 30号(500 μ m)
- 6-4-3 18号(850 μ m)
- 6-4-4 その他: _____

- 6-5 薬剤により篩の大きさが異なる場合には、下記テキストボックスにどのような基準でその大きさを選択するのかを入力してください。
- _____

7. 小児薬物療法に使用する剤形が錠剤あるいはカプセル剤しか市販されていない場合、粉碎等の加工をすることで臨床効果に影響があった、または影響すると予測される医薬品名とその理由をご記入ください。(5薬品目まで)

- 7-1 医薬品名1 _____
- 7-2 理由 _____
- 7-3 医薬品名2 _____
- 7-4 理由 _____
- 7-5 医薬品名3 _____
- 7-6 理由 _____
- 7-7 医薬品名4 _____
- 7-8 理由 _____
- 7-9 医薬品名5 _____
- 7-10 理由 _____