

チクロピジン塩酸塩錠 処方時のチェックシート

100mg「YD」

● 患者さんへの説明および指導

“投与開始後2ヵ月間は2週に1回来院”の指導 実施 未実施

副作用の初期症状の説明 実施 未実施

● 主治医が交代(退院、転院)した際の申し送り

次の主治医への申し送り・
チェックシートの添付

退院時(転科) 実施 未実施

転院時 実施 未実施

● 投与開始後2ヵ月間の来院・検査・処方状況

投与開始日 (年 月 日)	安全性の確認 (検査値・自覚症状)	処方の継続 (2週間分)
(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止