精神科認定更新・様式４

申請者氏名

申請者所属施設名

（精神疾患種数　　　　）

精神疾患患者への薬剤管理指導実績の要約（１５例）

（症例番号を付し、性別・年齢・精神疾患名、治療の内容、指導内容などを要約してください）

※パソコンにて記載してください（手書きは不可）

※入院期間は、具体的な年月日ではなく、通算の入院期間を記載してください

※症例は、広く使用されている用語を用い、略語を使用せず、患者の状態（臨床検査値、バイタルサイン）、投与した薬剤名やその分量、処方提案した根拠となったエビデンスなども含めて、申請者本人の薬剤師としての患者に対する薬学的介入とその成果などが明瞭になるように記載してください。（カルテや入院サマリーの写しのようなものでは不十分です。）

※薬剤名は、商品名ではなく、一般名を用いてください

※一症例３００～５００字（字数厳守）で記載してください

※ICD-10 により分類されたMental and Behavioural Disorders（精神および行動障害）に対して行われる薬物療法を対象とし、下記の①～⑦の薬剤による薬物治療に関して記載してください。

① 抗精神病薬 ② 抗うつ薬 ③ 気分安定薬（抗てんかん薬を、統合失調症・統合失調感情障害・気分障害等の疾患（てんかんは対象外）に対し、使用した症例も含む）

④ 抗不安薬 ⑤ 睡眠薬 ⑥ 抗パーキンソン薬 ⑦ 認知症治療薬

（参考） The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders

F0 症状性を含む器質性精神障害

F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害

F2 統合失調症（精神分裂病）、分裂病型障害および妄想性障害

F3 気分（感情）障害

F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

F6 成人の人格および行動の障害

F7 精神遅滞

F8 心理的発達の障害

F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（F90-F98）

および特定不能の精神障害（F99）

精神疾患患者への薬剤管理指導実績の要約（１５例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症例  （　） | 年齢・性別 |  |
| 精神疾患名 |  |
| 治療内容 | 薬物治療（　　　　　　　　　　　　　　）、心理教育、精神療法、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院・外来の別 | 入院　・　外来　　　入院期間（　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤管理指導  業務内容の要約  （　　　　）字 |  |
| 症例  （　） | 年齢・性別 |  |
| 精神疾患名 |  |
| 治療内容 | 薬物治療（　　　　　　　　　　　　　　）、心理教育、精神療法、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院・外来の別 | 入院　・　外来　　　入院期間（　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤管理指導  業務内容の要約  （　　　　）字 |  |
| 症例  （　） | 年齢・性別 |  |
| 精神疾患名 |  |
| 治療内容 | 薬物治療（　　　　　　　　　　　　　　）、心理教育、精神療法、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院・外来の別 | 入院　・　外来　　　入院期間（　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤管理指導  業務内容の要約  （　　　　）字 |  |

以上の薬剤管理指導実績の要約１５症例分については、申請者本人が自ら携わったことを証明いたします。

なお、不正によって、当施設に属する薬剤師の認定が取り消されることを承知しております。

施設名

申請者氏名

所属長の役職名・氏名

※申請者が所属長の場合は自己の役職名・氏名を記載して下さい。