

薬局プレアボイド Web報告マニュアル

(公社)神奈川県薬剤師会
リスクマネジメント委員会
令和3年4月 作成

～ 目 次 ～

1. ログイン方法

2. 入力方法

3. 印刷・PDF保存方法

4. 登録方法

1. ログイン方法

●推奨ブラウザ:Microsoft Edge、Google Chrome

●Web報告ページURL: <http://kanagawayaku.force.com/login>

【神奈川県薬剤師会会員の場合】

(1) ログインID:県薬会員番号(7桁)

例) 会員番号:0003730 0003730

(2) パスワード:生年月日(西暦を含めた8桁)

例) 生年月日:1980年1月1日 → 19800101



【会員以外の場合】

(1) ログインID:9999999(7桁)

(2) パスワード:99999999(8桁)

- (1) Web報告システムを検索してID、パスワードを入力しログインをする
(指定されているログインID、パスワードを使用する)

神奈川県薬剤師会 WEB報告システム	
ログインID	<input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>
<input type="button" value="ログイン"/>	

- (2) プレアボイド情報報告入力画面をクリックする

報告対象選択
<input type="button" value="プレアボイド情報報告入力画面"/>

2. 入力方法

●基本情報は自動的に入力されますが、変更がある際は修正してください。

●必須項目は必ず入力してください。

※必須項目が未記入の場合は報告エラーとなります

●自由記載欄は、文字数制限がありますのでご注意ください。

(1) 報告内容を入力する(基本情報、患者情報、プレアポイド情報)

基本情報			
報告者氏名	<input type="text" value="テスト会員 六番"/>	発生日(必須)	<input type="text" value="2021/03/29"/> [2021/03/29]
報告薬局名(必須)	<input type="text" value="サンプル薬局"/>	報告薬局所属地域(必須)	<input type="text" value="--なし--"/>
連絡先(TEL)(必須)	<input type="text" value="045-999-9999"/>	メールアドレス(必須)	<input type="text" value="s.ishii@mail.kpa.or.jp"/>
県薬会員有無(必須)	<input type="text" value="会員"/>	県薬会員番号	<input type="text" value="56789123"/>
患者情報			
性別(必須)	<input type="text" value="--なし--"/>	年齢(必須)	<input type="text"/> 歳 ※1歳未満は0歳と記載
身長	<input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> kg
体表面積	<input type="text"/> m ²		
プレアポイドの原因となった情報			
併用薬 ※プレアポイド事例に関連する併用薬があれば記載する	<input type="text"/>	原疾患 ※プレアポイド事例に関連する主たる診断名があれば記載する	<input type="text"/>
既往歴 ※プレアポイド事例に関連する既往歴があれば記載する	<input type="text"/>	副作用歴 ※プレアポイド事例に関連する副作用歴があれば記載する	<input type="text"/>
アレルギー歴 ※プレアポイド事例に関連するアレルギー歴があれば記載する	<input type="text"/>		
腎機能障害の有無 ※薬歴、初回問診票、患者からの聞き取り、臨床検査値等から把握した場合	<input type="text" value="--なし--"/>	肝機能障害の有無 ※薬歴、初回問診票、患者からの聞き取り、臨床検査値等から把握した場合	<input type="text" value="--なし--"/>

(2) 報告内容を入力する(バイタルサイン、臨床検査値)

※時系列に左から(①→②→③)入力してください

バイタルサイン		
※時系列順に①、②、③という順番で入力ください。		
バイタルサイン測定日① [2021/03/29]	バイタルサイン測定日② [2021/03/29]	バイタルサイン測定日③ [2021/03/29]
体温① ℃	体温② ℃	体温③ ℃
血圧(収縮期)① mmHg	血圧(収縮期)② mmHg	血圧(収縮期)③ mmHg
血圧(拡張期)① mmHg	血圧(拡張期)② mmHg	血圧(拡張期)③ mmHg
脈拍数① 回/分	脈拍数② 回/分	脈拍数③ 回/分

臨床検査値		
※時系列順に①、②、③という順番で入力ください。		
臨床検査日① [2021/03/29]	臨床検査日② [2021/03/29]	臨床検査日③ [2021/03/29]
白血球① $10^3/\mu\text{L}$	白血球② $10^3/\mu\text{L}$	白血球③ $10^3/\mu\text{L}$
好中球① %	好中球② %	好中球③ %
ヘモグロビン① g/dL	ヘモグロビン② g/dL	ヘモグロビン③ g/dL
血小板数① $10^4/\mu\text{L}$	血小板数② $10^4/\mu\text{L}$	血小板数③ $10^4/\mu\text{L}$
PT-INR①	PT-INR②	PT-INR③
アルブミン① g/dL	アルブミン② g/dL	アルブミン③ g/dL
総ビリルビン① mg/dL	総ビリルビン② mg/dL	総ビリルビン③ mg/dL
HbA1c① %	HbA1c② %	HbA1c③ %
カリウム① mEq/L	カリウム② mEq/L	カリウム③ mEq/L
AST① U/L	AST② U/L	AST③ U/L
ALT① U/L	ALT② U/L	ALT③ U/L
クレアチンキナーゼ① U/L	クレアチンキナーゼ② U/L	クレアチンキナーゼ③ U/L
クレアチニン① mg/dL	クレアチニン② mg/dL	クレアチニン③ mg/dL
CRP① mg/dL	CRP② mg/dL	CRP③ mg/dL
その他①	その他②	その他③

(3) 報告内容を入力する(情報発端、介入内容)

※文字数制限に注意して入力してください

情報発端(いずれかの情報発端を選択してください)			
患者(家族)からの訴え、相談	<input type="checkbox"/>	患者の症状(薬剤師による発見)	<input type="checkbox"/>
処方箋 (処方箋に記載された身長・体重、検査値等含む)	<input type="checkbox"/>	お薬手帳	<input type="checkbox"/>
薬歴	<input type="checkbox"/>	持参薬チェック	<input type="checkbox"/>
(患者から聞き取った)検査値、バイタル	<input type="checkbox"/>	初回問診票	<input type="checkbox"/>
服薬期間中のフォロー	<input type="checkbox"/>	医療機関からの情報	<input type="checkbox"/>
ケアマネやヘルパー等からの情報	<input type="checkbox"/>	OTCや健康食品の購入	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="text" value="最大250文字"/>		
介入内容(回避または軽減できたこと)(いずれかの介入内容を選択してください)			
副作用	<input type="checkbox"/>	相互作用	<input type="checkbox"/>
重複投与	<input type="checkbox"/>	治療効果不十分	<input type="checkbox"/>
過量投与	<input type="checkbox"/>	配合禁忌	<input type="checkbox"/>
コンプライアンス(アドヒアランス)不良	<input type="checkbox"/>	不適切な投与期間	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="text" value="最大250文字"/>		
(処方)変更内容			
介入前	<input type="text" value="最大345文字"/>		
介入後	<input type="text" value="最大345文字"/>		
薬学的ケアの実践			
介入までの経緯(必須)	<input type="text" value="最大350文字"/>		
介入のポイント(必須)	<input type="text" value="最大350文字"/>		
介入の結果および転帰	<input type="text" value="最大350文字"/>		
<input type="button" value="確認"/>		<input type="button" value="戻る"/>	

3. 印刷・PDF保存方法

- 印刷またはPDF保存が必要な場合は、「印刷」ボタンを押してください
- 印刷する場合は接続しているプリンター、PDFで保存する場合はPDF保存を選択して下さい。
- 印刷する場合は、文字が切れている場合がありますので、拡大/縮小で調節して下さい。

【Microsoft Edge】の場合

The image shows the print settings panel on the left and a medical report on the right. The print settings include printer selection (PDF as save), layout (Portrait), page range (All), and paper size (A4). The medical report contains the following information:

報告薬局名	サンプル薬局	報告薬局所属地域	横浜市鶴見区
連絡先(TEL)	045-999-9999	メールアドレス	s1q1h@mail.kqa.or.jp
県業会員有無	会員	県業会員番号	56789123
患者情報			
性別	男性	年齢	42歳 ※1歳未満は0歳と記載
身長	cm	体重	kg
体表面積	m2		
プレアポイドの原因となった情報			
併用薬 ※プレアポイド事例に関連する併用薬があれば記載する	原疾患 ※プレアポイド事例に関連する主たる診断名があれば記載する		
既往歴 ※プレアポイド事例に関連する既往歴があれば記載する	副作用歴 ※プレアポイド事例に関連する副作用歴があれば記載する		
アレルギー歴 ※プレアポイド事例に関連するアレルギー歴があれば記載する			
腎機能障害の有無 ※薬歴、初回問診票、患者からの聞き取り、臨床検査値等から把握した場合	肝機能障害の有無 ※薬歴、初回問診票、患者からの聞き取り、臨床検査値等から把握した場合		
バイタルサイン			
バイタルサイン測定日①	バイタルサイン測定日②	バイタルサイン測定日③	
体温① ℃	体温② ℃	体温③ ℃	
血圧(収縮期)① mmHg	血圧(収縮期)② mmHg	血圧(収縮期)③ mmHg	
血圧(拡張期)① mmHg	血圧(拡張期)② mmHg	血圧(拡張期)③ mmHg	
脈拍数① 回/分	脈拍数② 回/分	脈拍数③ 回/分	
臨床検査値			

【Google Chrome】の場合

The image shows the print settings panel on the right and a medical report on the left. The print settings include layout (Portrait), paper size (A4), page count (1), margins (Default), and scale (70%). The medical report contains the following information:

バイタルサイン		
バイタルサイン測定日①	バイタルサイン測定日②	バイタルサイン測定日③
体温① ℃	体温② ℃	体温③ ℃
血圧(収縮期)① mmHg	血圧(収縮期)② mmHg	血圧(収縮期)③ mmHg
血圧(拡張期)① mmHg	血圧(拡張期)② mmHg	血圧(拡張期)③ mmHg
脈拍数① 回/分	脈拍数② 回/分	脈拍数③ 回/分
臨床検査値		
臨床検査項目①	臨床検査項目②	臨床検査項目③
白血球① 10 ³ /μL	白血球② 10 ³ /μL	白血球③ 10 ³ /μL
球中球① %	球中球② %	球中球③ %
ヘモグロビン① g/dL	ヘモグロビン② g/dL	ヘモグロビン③ g/dL
血小板数① 10 ³ /μL	血小板数② 10 ³ /μL	血小板数③ 10 ³ /μL
PT-INR①	PT-INR②	PT-INR③
アルブミン① g/dL	アルブミン② g/dL	アルブミン③ g/dL
総ビリルビン① mg/dL	総ビリルビン② mg/dL	総ビリルビン③ mg/dL
尿酸① μmol/L	尿酸② μmol/L	尿酸③ μmol/L
カルシウム① mg/dL	カルシウム② mg/dL	カルシウム③ mg/dL
AST① U/L	AST② U/L	AST③ U/L
ALT① U/L	ALT② U/L	ALT③ U/L
クレアチニン① mg/dL	クレアチニン② mg/dL	クレアチニン③ mg/dL
CRP① mg/dL	CRP② mg/dL	CRP③ mg/dL
その他①	その他②	その他③

4. 登録方法

- 印刷等が不要または終了した場合は、「印刷チェック」にチェックを入れ、「登録」ボタンを押して入力を確認してください。
- 登録をした報告内容は、印刷や修正が出来なくなります
- 登録後、登録したメールアドレス宛に事務局から「プレアボイド情報登録結果確認メール」が配信されます

- (1) 印刷等が不要または終了した場合は、「印刷チェック」にチェックを入れ「登録」ボタンを押して入力を確認してください。

印刷チェック

印刷済または印刷が不要な場合は、印刷チェックをOnにして登録処理へお進みください。

印刷

登録 戻る

- (2) 登録完了をすると、印刷や、保存、修正などが出来なくなります

登録完了

報告対象選択画面に戻る