


골다공증치료제(비스포스포네이트 제제) 관절통(근육통) 부작용 모니터링 설문지

약사 해당하는 에 표시하시고 내용을 기록하여 주십시오.

1. 복용중인 제품의 이름 : _____
2. 투여 횟수 하루에 1번 1주일에 1번 1달에 1번
3. 복용 시점 최근 1개월 이내 최근 3개월 이내 최근 6개월 이내 최근 1년 이내
4. 같은 처방전 내 다른 약물을 복용하고 계신 경우 **모두** 표시해주세요.
 NSAIDs Corticosteroid Statin DPP-4 Inhibitor 기타 _____

환자 해당하는 에 표시하시고 내용을 기록하여 주십시오.

5. 골다공증 주사제 투여 여부 예(5-①으로) 아니오
- 5-① 골다공증 주사제를 투약 받은 이후에 관절통(근육통)을 경험 하셨나요? 예 아니오
6. 현재 앓고 있는 질병 중 해당 되는 항목에 **모두** 표시해주세요.
 암 류마티스성 관절염 골관절염 통풍 당뇨 고지혈증
 기타 _____
7. 투여기간 동안 관절통(근육통)을 경험하신 적 있으신가요? 예 아니오 (8번으로
 (단, 흉통만 경험하신 경우라면 아니오로 선택해주시기 바랍니다.)
- ① 증상의 시기 복용 후 1일 이내 복용 후 1주일 이내 복용 후 1달 이내
- ② 증상의 길이 1일 이내 사라짐 1일 이상 지속
- ③ 증상의 부위 _____
- ④ 증상의 강도 


(1) 아프지 않다 (2) 조금 아프다 (3) 아프다 (4) 많이 아프다 (5) 상상 이상으로 아프다
- ⑤ 관절통(근육통) 부작용 정보를 사전에 인지하고 계셨습니까? 예 아니오

8. 답변하시는 분에 대한 추가 확인사항 입니다.

- ① 출생년도: _____년 ② 신장: _____cm 체중: _____kg
- ③ 성별 남성 여성 (8-③-㉠,㉡으로)
- ③-㉠ 폐경 여부 예 아니오
- ③-㉡ 출산 횟수 0번 1-2번 3번 이상
- ④ 흡연 여부 핀 적 없음 끊었음 피고 있음
- ⑤ 음주 여부 주 1회 이하 주 2회 이상
- ⑥ 주 3회 20분 이상 운동 여부 예 아니오

본 설문조사는 골다공증치료제 복용 후에 발생한 부작용 증상 수집을 목적으로 시행하며 작성하신 설문 내용은 안전한 의약품 사용 구축을 위한 정보로 활용될 예정입니다.

본인은 위의 목적으로 설문에 동의하십니까? (동의함 동의하지 않음)

 **문의사항이 있으시면 아래 연락처로 연락바랍니다.**

대한약사회 지역의약품안전센터

연락처: 02-582-7896

(설문지 작성일 _____년 _____월 _____일)