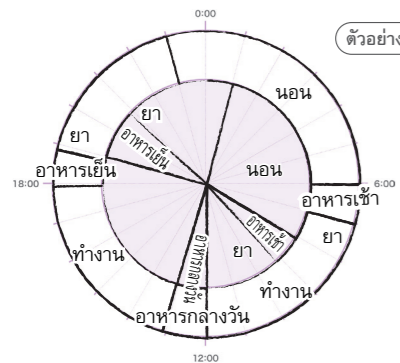
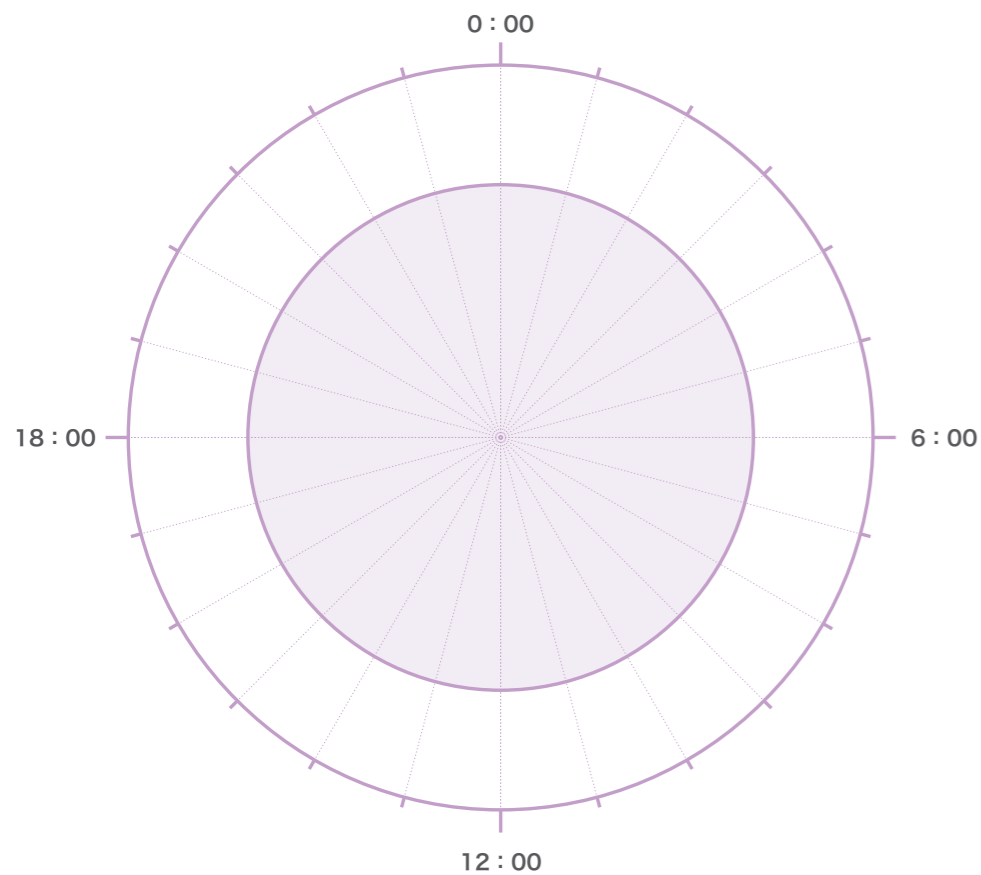


ตัวอย่างการกรอก



โปรดเขียนตารางการใช้ชีวิตที่คุณทำเป็นประจำ
ใน 1 วันตามตัวอย่าง



- โดยปกติ
- นอกเหนือจากนั้น



ติดต่อสอบถามได้ที่

Gilead Sciences, Inc.

GranTokyo South Tower, 1-9-2, Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-6616
<https://www.gilead.co.jp/>

BVY21DS0369PA
วันที่จัดทำ ตุลาคม 2021

Let's Talk!

มีความยากลำบากในการรับประทานยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันหรือไม่?

ยานั้นมีอยู่หลายประเภท ซึ่งจะแตกต่างกันทั้งรูปร่างขนาด และวิธีการรับประทาน ขอให้ลองปรึกษาแพทย์ที่รักษาประจำเกี่ยวกับยาที่ตรงตามสไตลล์การใช้ชีวิตของคุณดู



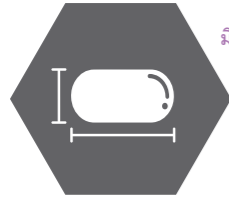
ปริมาณยาที่ต้องรับประทานแต่ละครั้งมีจำนวนมาก



รู้สึกยากลำบากตรงที่ต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง



มีความยากลำบากตรงที่ต้องรับประทานอาหารก่อนรับประทานยา



มีความยากลำบากในการกลืนยา เพราะยามีขนาดใหญ่



รู้สึกกังวลในเรื่องการรับประทานยาหลายชนิดเข้าไปพร้อมๆ กัน

- ยาไม่ได้ถูกกำหนดขึ้นเพียงแต่จากสไตลล์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะถูกกำหนดขึ้นโดยพิจารณาจากสิ่งต่างๆ โดยรวมเช่น สภาพอาการของผู้ป่วย และการรักษาโรคอื่นๆ
- แม้จะมีการเปลี่ยนยาอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น เพื่อลดผลข้างเคียง หรือเพื่อปรับปรุงให้รับประทานได้ง่ายขึ้น หากเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่แพทย์สั่ง ก็ไม่ได้หมายความว่าในอนาคตจะมียาให้เลือกน้อยลง (หากยาที่เปลี่ยนไปเข้ากับคุณไม่ได้ สามารถกลับมารับประทานยาเดิมได้ด้วย)
- ยามีการพัฒนาขึ้นทุกๆ ปี อาจจะมียาที่เข้ากับคุณได้มากกว่าตอนนี้ก็ได้

โปรดลองถามดูว่ามียาที่เข้ากับคุณได้หรือไม่

การเลือกยาที่เข้ากับตัวเองได้นั้นถือเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะรับยาได้อย่างต่อเนื่อง

ขอให้แจ้งให้แพทย์ที่รักษาประจำ เกสัชกร และพยาบาลรู้เกี่ยวกับ

- จุดที่ยากลำบากในการรับประทานยาในปัจจุบัน
- จังหวะและสไตลล์ในการใช้ชีวิตของตน
- ยาทั้งหมดที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลอื่น (โปรดยื่นสมุดบันทึกเกี่ยวกับยาให้ดูถ้าหากมี)

● เกี่ยวกับการใช้ชีวิตโดยรวม

1	จังหวะในการใช้ชีวิตไม่สม่ำเสมอ	ใช่	ไม่ใช่
2	รู้สึกเครียดจัดในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องงาน เรื่องงานบ้าน เรื่องโรงเรียน	ใช่	ไม่ใช่
3	ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (ไม่ต่ำกว่า 3 วันต่อสัปดาห์)	ใช่	ไม่ใช่
4	ช่วงนั้นนอนไม่ค่อยหลับ หรือชอบตื่นขึ้นมากกลางคืน	ใช่	ไม่ใช่
5	ช่วงนี้ไม่ค่อยอยากรับประทานอาหาร	ใช่	ไม่ใช่
6	ช่วงนี้อ้วนขึ้นหรือมีกลิ่นคาว	ใช่	ไม่ใช่
7	ช่วงนี้รับประทานอาหารมากขึ้น	ใช่	ไม่ใช่
8	รู้สึกว่าออกกำลังกายไม่เพียงพอ	ใช่	ไม่ใช่

● เกี่ยวกับโรคและยาอื่นๆ

9	มีโรคอื่นที่กำลังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ใช่	ไม่ใช่
▶ หากตอบว่า "ใช่" โรคที่ว่านั้นคือโรคอะไร?			
10	มีการรับประทานยาอื่น หรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่อาหาร	ใช่	ไม่ใช่
▶ หากตอบว่า "ใช่" สิ่งที่ว่านั้นคืออะไร?			
11	มีอาหารเสริมที่คิดอยากจะรับประทาน	ใช่	ไม่ใช่
▶ หากตอบว่า "ใช่" อาหารเสริมที่ว่านั้นคืออะไร?			

● เกี่ยวกับการรักษาในปัจจุบัน

12	รู้สึกเหนื่อยล้าอยู่เป็นประจำ	ใช่	ไม่ใช่
13	เคยรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกหรือคลื่นไส้	ใช่	ไม่ใช่
14	รู้สึกเป็นกังวลหรือหดหู่ใจ	ใช่	ไม่ใช่
15	เคยรู้สึกปวดหรือเวียนศีรษะ	ใช่	ไม่ใช่
16	เคยรับประทานยาไม่ได้ตามที่กำหนด	ใช่	ไม่ใช่
▶ หากตอบว่า "ใช่" บ่อยแค่ไหน?			
ก. สัปดาห์ละครั้ง ข. เดือนละครั้ง ค. ครั้งปีครั้ง ง. อื่นๆ			
17	มีสิ่งที่ยากให้ปรับปรุงเกี่ยวกับยาที่รับประทานอยู่ในตอนนี้	ใช่	ไม่ใช่
▶ หากตอบว่า "ใช่" อยากให้ปรับปรุงเรื่องอะไร? (เลือกได้หลายข้อ)			
ก. มีขนาดใหญ่ ข. ต้องรับประทานหลายครั้ง ค. ต้องรับประทานยาหลังอาหาร ง. อื่นๆ			

memo