

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

御中

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日		歳	性別		身長		cm	体重		kg	
入院期間		~					日間	担当医			
基本 情 報	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	該当薬剤		発現時期		発現時の状況等 (検査値動向含む)			
	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
	腎機能	SCr		mg/dL	eGFR		mL/min/1.73m ²	体表面積 (DuBois式)		m ²	
	その他必要な検査情報										
	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻)									
	調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他									
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他									
	退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()									
一般用医薬品・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()										
入院時 持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関: _____					退院時 処方	<input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
特記 事項	※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること (問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容)										
投与方法に注意を要する薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											
※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤 (例: 連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等) や維持量まで増量が必要な薬剤 (例: ドネペジル、ラモトリギン等) を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。											

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

病院

〒●●●-●●●●
住所、電話番号等を記載してください

薬剤師

TEL ●●-●●●●-●●●● FAX ●●-●●●●-●●●●