

作成日

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	<input type="text"/>	歳	性別	<input type="text"/>	身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg
入院期間	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間	担当医	<input type="text"/>			

基本情報	該当薬剤		発現時期		発現時の状況等（検査値動向含む）		
	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	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	<input type="text"/>	mg/dL	eGFR	<input type="text"/>	mL/min/1.73m ²
	その他必要な検査情報	<input type="text"/>					
	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（ <input type="text"/> ）					
	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等 <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（不 <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（ <input type="text"/> ）						
一般用医薬品・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="text"/> ）						

入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関： <input type="text"/>	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
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

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。	
-----------------------------------	--