

【服薬情報等に係わる情報提供書】

〒700-0804 岡山県岡山市北区中井町2-5-1
(TEL086-225-7111(代表)/FAX086-223-5245)

心臓病センター榊原病院 担当薬剤師 行

情報提供書送付目的

- 退院後
- 手術予定
- カテーテル予定
- 入院予定
- 外来受診予定
- 相談
- 情報提供
- その他:

患者氏名	榊原病院診察券番号:	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受診歴無し
性別(男・女) 生年月日	年 月 日	

- ・ 当院受診(退院)後からの薬の変更 有 無

「有」の場合は変更内容をご記入下さい。

- ・ 処方箋応需について

受診医療機関	貴薬局応需医療機関
・	・
・	・
・	・

- ・ 指導時における確認/対応事項を、分かる範囲でご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 重複内服	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 家族管理	→ 管理者:		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 薬効理解	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良→理由:		<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 薬剤調整	<input type="checkbox"/> 残薬調整	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 脱薬			
<input type="checkbox"/> 睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良→理由:				
<input type="checkbox"/> 身体症状の訴え	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 胸痛
<input type="checkbox"/> 生活環境の変化	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有→内容:				
<input type="checkbox"/> 体重	kg→ 1週間での増減		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> kg増加	<input type="checkbox"/> kg減量	
<input type="checkbox"/> その他	内容:					

- ・ 上記内容の詳細(その他の内容等)についてご記入下さい。

例) ワーファリンを手術日まで一包化から脱薬した。 ※適応外使用薬品: 有→ 無 不明

- ・ その他、情報共有事項等ありましたらご記入下さい。

例) 食事は自炊しているが、麺類が多く、内容に偏りがある。

- ・ 個人情報提供にともなう同意取得方法

- 患者の個別同意あり
- 施設内掲示にて包括同意あり
- その他:
- 同意なし

ご住所 _____

ご施設名 _____ TEL _____

ご氏名 _____ FAX _____