

感染症流行に伴う電話往診・処方依頼のための服薬情報提供書

診療所・病院

2020年 月 日

殿

受領者氏名:

ふりがな 患者氏名		情報提供薬局の所在地及び名称 住所: _____ 薬局 電話: _____ F A X: _____ e-mail: _____ 薬剤師氏名: _____ 印
性別: 男・女	生年月日: _____年 月 日生(歳)	
住所:	電話番号:	
かかりつけ登録	<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 登録済(_____)	
連携職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネジャー) 事業所: _____ 氏名 _____ TEL _____	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護師 ステーション名: _____ 氏名 _____ TEL _____	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 事業所: _____ 氏名 _____ TEL _____	
今回の目的	<input type="checkbox"/> 慢性疾患等の治療に関する電話受診・処方依頼 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

書ききれない場合は 添付

使用薬(一般用医薬品・健康食品等を含む)					
<input type="checkbox"/> 降圧剤・循環器疾患治療薬 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> 脂質異常症治療薬 <input type="checkbox"/> 胃腸薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症治療薬 <input type="checkbox"/> 精神系疾患治療薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
詳細は下記のとおり。					
直近処方箋 添付 有 ・ 無 直近処方日 日分					
<薬剤名/規格>	<用法用量>	<前回処方日数>	<処方日>	<残薬>	<備考>
①		日分			
②		日分			
③		日分			
④		日分			
⑤		日分			
⑥		日分			
※書ききれない場合は別紙添付(別添資料: <input type="checkbox"/> 処方箋コピー <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供文書 <input type="checkbox"/> 退院時服薬指導書 <input type="checkbox"/> その他)					
介護保険サービス 状況(同居家族・介護支援等情報) 居宅療養指導・在宅服薬管理 有 無					
調剤上の留意点(粉碎・別包等)					
原疾患・既往歴情報 医師からの指示があれば処方箋記載・もしくは添付お願いいたします					
副作用歴・アレルギー歴					
<input type="checkbox"/> あり(_____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
服薬状況等					
①服薬介助 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要介助 → 薬の管理・介助者(_____)					
②コンプライアンス <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良					
その他特記事項(処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等)					