

退院時(退院後フォロー状況含む)薬剤情報提供書

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。

別途服薬状況 他職種情報添付

氏名:		生年月日: 年 月 日(歳)		
入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
退院カンファランス連絡有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 参加 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> 退院カンファランス報告は別途添付				
介護認定の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (要介護1・2・3・4・5 要支援1・2)				
特 記 事 項	禁忌薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (該当薬剤・発症時期等)	副作用歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (該当薬剤・発症時期等)	入院中の副作用発現状況 検査値の動向等	
	服薬状況・コンプライアンス <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他	服薬理解・アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他	服薬介助 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	調剤方法 <input type="checkbox"/> ヒート <input type="checkbox"/> 分包 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> その他			
	特別な調整方法・手順など			
	療養生活における制限・指示 (水分、ナトリウム・カリウム、蛋白制限、運動制限等)			
	プロブレムリスト・退院後の留意点(病院からの情報 退院カンファランス等情報)			

※ 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。

※ 退院時処方については、別添薬剤情報を参照してください。

〒
TEL

病院 薬剤部

薬剤師