

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。（ID： - - ）

| | | | | | | | | | | |
|------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----|--------------------------|----|----|----------------------|----|
| 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 | 検査日 | SCr | mg/dL | eGFR | mL/min/1.73m ² |
| | その他必要な検査情報 | | | | | |
| | 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 | | | | |
| | 入院中の服薬管理方法 | <input type="checkbox"/> 自己管理 服薬状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 配薬ミスあり <input type="checkbox"/> 内服の声かけ必要 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 看護師管理（1回配薬） <input type="checkbox"/> 内服まで介助必要 <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 | 退院時使用薬 | <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="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------|---|--|
| 特記事項 | 投与方法に注意を要する薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ※投与方法が特殊な薬剤や維持量まで増量が必要な薬剤、薬剤評価、処方意図等、患者情報で重要と思う内容を記載 |
| | <input type="text"/> | |

※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。

岩手県立高田病院

〒029-2205

岩手県陸前高田市高田町字太田512番地2

薬剤師

TEL0192-54-3221 FAX0192-55-5241