

入院時薬剤情報提供書

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。

氏名:		生年月日: 年 月 日(歳)	
入院期間: 年 月 日 ~			
入院目的:			
<input type="checkbox"/> 薬情等 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) <input type="checkbox"/> 資料別途添付			
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		

※ 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。

〒

病院 薬剤部

TEL

薬剤師 _____