

作成日

薬剤管理サマリ

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。

生年月日 歳 性別 身長 cm 体重 kg
入院期間 ~ 日間 担当医

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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり							
	アレルギー歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり							
	副作用歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり							
	腎機能	SCr		mg/dL	eGFR		mL/min/1.73m2	体表面積		m2
	その他必要な検査情報									
	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 1日配薬	<input type="checkbox"/> 1回配薬	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	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 ()								
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()							

入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり	処方医療機関:	退院時処方	<input type="checkbox"/> 別紙あり	退院処方に薬情添付	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

特記事項	※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること (問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容)	

投与方法に注意を要する薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤 (例: 連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等) や維持量まで増量が必要な薬剤 (例: ドネペジル、ラモトリギン等) を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。
---------------	--	-----------------------------	---

※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。

市立秋田総合病院

〒010-0933
住所 秋田市川元松丘町 4-30薬剤師

TEL 018-823-4171

FAX 018-863-0175