

薬剤情報提供書

平素より大変お世話になっております。

患者番号：

様の薬剤情報を提供いたします。

現在の服用薬		当該患者さんの情報は、この文章とは別に、以下のものがあります。(レ点でチェック)			
		<input type="checkbox"/> お薬手帳	<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
医療機関(診療科名、処方医) / 処方日または調剤日 / 医薬品名 / 用法・用量 等					
薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 自己	<input type="checkbox"/> 家人 ()	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> ()	
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> ()		
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 1包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉碎	
	<input type="checkbox"/> ()				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> よく忘れる		
	<input type="checkbox"/> ()				
一般用医薬品・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()			
副作用/アレルギー歴 該当薬剤 / 発現時期 / 症状					
<input type="checkbox"/> なし					
<input type="checkbox"/> あり					
<input type="checkbox"/> 不明					
その他特記事項 (処方目的、患者への服薬指導上薬剤管理で注意すべき事項等)					

施設名

担当薬剤師

住所

〒

電話

FAX