【薬剤管理サマリー】

作成日:　　年　月　日

提供先保険薬局名:　　御中　　次回外来受診日:　　年　月　日

ID	
フリガナ	
患者氏名	様
性別	
生年月日	生(　　歳)

情報提供元施設の所在地及び名称
広島県福山市御幸町大字上岩成148-13 公立学校共済組合　中国中央病院
電　話　:　084-970-2121
FAX　:　084-970-2125
薬剤師氏名:　印

平素より大変お世話になります。
退院となる患者様の治療に関して情報提供させていただきます。持参されるお薬手帳の情報と併せてご参照ください。今後の薬剤指導にお役立ていただければ幸いです。
お手数をおかけしますが患者様が来局されましたら「保険薬局記入欄」に情報を記載頂き、FAXにて返信頂くようお願い致します。またFAX受信後1ヶ月来局がない場合もその旨をFAXでご連絡ください。

基本情報	副作用・アレルギー	☐ なし ☐ あり → ☐ お薬手帳参照	(該当薬剤、発現時期、対処法、その後など)
	直近の検査情報	腎機能:　sCr:　mg/dL　eGFR:　mL/min/1.73㎡ その他:	
	入院中の服薬管理	☐ 自己管理　☐ 一日配薬　☐ 毎回配薬　☐ その他 (　)	
	調剤方法	☐ PTP包装　☐ 一包化　☐ 簡易懸濁　☐ その他 (　)	
	服薬状況	☐ 良好　☐ 声かけ必要　☐ 拒薬あり　☐ その他 (　)	
	退院後の薬剤管理者	☐ 本人　☐ 家族　☐ 施設職員　☐ その他 (　)	
投薬内容特記事項	〈入院前の処方からの変更内容・理由、経過〉 ☐ 別紙あり　☐ お薬手帳参照		
	☐ 貴局以外の保険薬局の利用 →(薬局名:　/処方医療機関:　)		
	☐ 投与方法に注意を要する薬剤 →(薬剤名:　/ 投 与 方 法 :　)		
	☐ その他		

〈保険薬局記入欄〉

〈保険薬局→病院連絡事項〉

確認日:　　担当薬剤師:

☐　内容を確認しました

特記事項