

入院時薬剤関連情報提供依頼書(返書)

_____年 ____月 ____日

医療法人恒仁会 新潟南病院 薬剤部 XXXX XXXX 行

ID: ○○○ ○○○ 様

○薬剤管理等について

薬剤管理者	本人 ・ 家族 ・ 施設等の職員 ・ その他 ()
投与経路	経口 ・ 経管(経鼻・胃瘻・腸瘻・食道瘻) ・ その他 ()
調剤方法	PTP ・ 一包化 ・ 粉碎 ・ 簡易懸濁 ・ その他 ()
服薬不能な剤形	錠剤 ・ カプセル剤 ・ 散剤 ・ その他 ()
服薬アドヒアランス	良好 ・ 時々忘れる ・ 不良 ・ 拒否あり ・ その他 ()
一般用医薬品 ・健康食品等	なし ・ あり ()

○担当薬剤師について

おくすり手帳	あり ・ なし
かかりつけ 薬剤師・薬局	あり (ご氏名: ・薬局名:) なし

○服用歴について

禁忌 副作用歴 アレルギー歴	なし ・ あり ()
----------------------	--

○特記事項

※お薬手帳に記載のない調剤上の工夫、自己判断での用法用量(自己調整)・剤形変更の有無などについてご記載ください。

_____ 薬局 薬剤師名

TEL: _____

FAX: _____

情報の流れ: 保険薬局→薬剤部→スキャンセンター