

服薬情報提供書 (入院)



«送信先»

大阪国際がんセンター

薬局D I室 FAX06-6945-1199

記入日: 年 月 日

大阪国際がんセンター

宛

患者ID			保険薬局 名称・所在地		
患者名	様		電話番号		
入院予定日	年	月	日	不明	FAX番号
服用薬 (頓服薬・一般用医薬品・健康食品等を含む)			薬剤師名		
医療機関 (診療科・処方医)	処方日/調剤日	医薬品名		用法・用量	備考
特記事項 (※すべての項目を記載する必要はありません。)					
副作用歴・ アレルギー歴	食物	<input type="checkbox"/> あり	該当食物:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	薬剤	<input type="checkbox"/> あり	該当薬剤:	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	その他	<input type="checkbox"/> あり	該当物質:	<input type="checkbox"/> なし	
服薬状況等					
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 家族管理	<input type="checkbox"/> 訪問St (NS)	<input type="checkbox"/> 保険薬局	<input type="checkbox"/> その他 ()
薬効	<input type="checkbox"/> 理解できている		<input type="checkbox"/> 概ね理解できている		<input type="checkbox"/> 理解していない
内服方法	<input type="checkbox"/> 理解できている		<input type="checkbox"/> 概ね理解できている		<input type="checkbox"/> 理解していない
薬剤の開封	<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> 忘れる	<input type="checkbox"/> 拒薬あり	
調剤方法	<input type="checkbox"/> ヒート	<input type="checkbox"/> 1包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁法	<input type="checkbox"/> 粉碎	
服用方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	(経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)		<input type="checkbox"/> その他 ()
特定薬剤の服用状況 ※以下の薬剤について、服用の有無と休薬中または休薬予定の確認をお願いします。					
抗凝固薬・抗血小板薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名:			<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 休薬中/予定	(月 日から) [手術/検査のため・その他]			
ビグアナイド系糖尿病治療薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名:			<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 休薬中/予定	(月 日から) [手術/検査のため・その他]			
SGLT2阻害薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名:			<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 休薬中/予定	(月 日から) [手術/検査のため・その他]			
ホルモン薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名:			<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 休薬中/予定	(月 日から) [手術/検査のため・その他]			
抗がん薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名:			<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 休薬中/予定	(月 日から) [その他 ()]			
医療用麻薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名:			<input type="checkbox"/> なし
その他特記事項 <input type="checkbox"/> 薬剤師からの提案事項 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 質問 <input type="checkbox"/> 検査値に対する報告・提案					
<input type="checkbox"/> 患者への服薬指導上で注意すべき事項 <input type="checkbox"/> その他					

O I C I 記載欄	FAX受信日	入院予定日	入院病棟	診療科	入院前お薬外来	確認日