北里大学病院薬剤部

**服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）**

報告日 : 年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科：医師名：  | 保険薬局 名称・住所：TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　担当薬剤師： |
| 患者名： Ｉ Ｄ ：  |
| [ ] 　この情報提供を行うことに関して患者さんの同意を得ています。[ ] 　患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

|  |
| --- |
| 聞き取り日：　　　　年　　月　　日フォローアップの対象 [ ] 本人　 [ ] 家族　 [ ] その他確認方法　　　　　　　　　[ ] 薬局での聞き取り　 [ ] 電話　 [ ] 在宅訪問　 [ ] その他　　 |
| 確認された療養上の問題点　[ ] 服薬管理　 [ ] セルフケア　　　 [ ] 体重増加　　　　　　　　　　　 [ ] 食事内容　 [ ] 病識・受診行動　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　）[ ] 現時点で療養上の問題点は確認されず　　 |
| 確認事項（ある場合☑︎） | 未確認 | コメント |
| [ ] 残薬[ ] むくみ　部位：[ ] 労作時の息切れ[ ] 体重　　　kg　、　血圧　　　　/ mmHg[ ] 食欲低下[ ] 過労　　 [ ] ストレス[ ] 他院に受診・処方された薬 | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |  |
| 【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】 |

【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。緊急性の高いケースは直接電話にてお問い合わせください。

必要に応じて以下を返信いたします。

───────────────── 病院記入欄 ──────────────────

|  |
| --- |
| [ ]  医師と情報共有しました　[ ]  以下のように対応いたします  |
| 薬剤師 :  |