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 : |