

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	<input type="text"/>	歳	性別	<input type="text"/>	身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg
入院期間	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間					

基本情報			該当薬剤			
	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	腎機能	SCr	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²	検査日 年 月 日
	その他必要な検査情報					
	退院時の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 1日配薬	<input type="checkbox"/> 1回配薬	<input type="checkbox"/> その他	()
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻)				
	調剤方法	<input type="checkbox"/> P T P	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> その他
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> 忘れる	<input type="checkbox"/> 拒薬あり	<input type="checkbox"/> その他
退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他	()		
その他特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					

入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり	<div style="border: 2px solid orange; height: 200px;"></div>	退院時処方	<input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<div style="border: 2px solid blue; height: 200px;"></div>

特記事項	<div style="height: 150px;"></div>
------	------------------------------------

投与方法に注意を要する薬剤 なし あり ※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤 (例: 連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等) を記載