

作成日

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

御中

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"/>	<input type="text"/> 歳	性別	<input type="text"/>	身長	<input type="text"/> c m	体重	<input type="text"/> k g
入院期間	<input type="text"/>	~	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間	体表面積 (DuBois式)	<input type="text"/>	m ²
入院目的	<input type="text"/>						担当医	<input type="text"/>

基本情報	薬剤アレルギー・副作用歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		備考					
	腎機能	SCr	<input type="text"/>	mg/dL	eGFR	<input type="text"/>	mL/min/1.73m ²	Ccr(CG式)	<input type="text"/>	mL/min
	その他必要な検査情報									
	入院中の服薬管理	<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 ()								

入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関: <input type="text"/>		退院後使用薬剤	<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	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	

特記事項	<input type="text"/>
------	----------------------

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) や維持量まで増量が必要な薬剤 (例: ドネペジル、ラモトリギン等) を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

町田市民病院

〒194-0023
町田市旭町2-15-41

薬剤師

TEL 042-722-2230 (代表) FAX 042-722-3647 (薬剤科)