**薬剤変更に伴う情報提供書［かかりつけ医宛て］**　　　　　　　病院　　 　 科　　 　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

先生　**御机下**

介護老人保健施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　〒
TEL:　　　　　　　 /FAX:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬剤師：

|  |
| --- |
| 平素より大変お世話になっております。当施設に入所されておりました、様の入所中の定時処方薬の変更についてとその経緯をご報告申し上げます。入所時持参薬と退所時の定時処方薬は下記の通りとなっております。**＜当施設退所時の定時薬＞****＜当施設入所時の持参薬＞** |
| **【薬剤変更について（追加経緯や変更理由等）】** |
|  |
| **【現処方の処方意図について（不明な場合は不明と記載）】** |
|  |

**薬剤評価に関連した生活情報**

|  |
| --- |
|  **【食事に関する情報共有（薬剤関連）】** |
|  |
|  **【睡眠に関する情報共有（薬剤関連）】** |
|  |
|  **【運動に関する情報共有（薬剤関連）】** |
|  |
|  **【排泄に関する情報共有（薬剤関連）】** |
|  |
|  **【その他に共有すべき情報】** |
|  |

ご不明な点等がございましたらお手数ですが
下記の担当薬剤師までお知らせ下さいませ。

担当薬剤師： 　（TEL:　　　　　　　　　）