

送付先：

薬物療法情報提供書

患者氏名					病院名				担当薬剤師			
生年月日					主治医				診療科			
性別	男	女	年齢	歳	病院住所							
身長	cm		体重	kg	TEL				FAX			
現病歴												
既往												
老年症候群 複数選択可				傾眠傾向	抑うつ・意欲低下			ふらつき・めまい		認知機能低下		
				食欲低下	転倒（6ヶ月以内）			排尿障害		なし		
				便秘	口腔乾燥			嚥下機能低下				
認知症診断				あり	なし							
日常生活活動（ADL）				自立	一部介助			全介助				
要介護認定				なし	あり（ ）							
退院後の生活環境				施設	自宅（ 独居 夫婦二人暮らし 複数世代と同居 ）		医療機関					
栄養	体重減少 (6カ月間で2-3kg以上の減少)			あり	なし							
	栄養補給経路			経口（ 普通食 嚥下調整食 ）		経腸栄養		静脈栄養				
退院後の服薬管理	予定管理者			本人	本人と家族			家族等（本人以外）				
				施設	訪問スタッフ			その他（ ）				
	調剤方法			PTP		一包化		一部一包化				
	管理方法			薬袋	お薬BOX		お薬カレンダー		その他（ ）			
	服薬拒否			なし	あり 状況など（ ）							
	服薬管理の問題点 複数選択可			なし	薬を取り出しにくい			薬の説明が聞き取りにくい				
				薬が見えにくい	薬が飲みこみにくい			その他（ ）				
	服薬介助			不要	必要（ 一部介助 全介助 ）							
介助が必要な薬 複数選択可			内服薬	注射薬	外用薬（ 吸入		点眼・点鼻	貼付	軟膏	坐薬 ）		
服薬時の工夫 複数選択可			なし	あり（ 粉碎		ゼリー・とろみ	経管投与	簡易懸濁	その他 ）			
処方調整内容の要点												
変更点	中止した薬			なし	あり（							
	開始した薬			なし	あり（							
要介入	中止したが再開の検討が必要な薬			なし	あり（							
	開始したが調整の検討が必要な薬			なし	あり（							
	服用中だが調整の検討が必要な薬			なし	あり（							
	注意を要する薬剤（PIMs・処方カスケード等）			なし	あり（							
経過および理由												
療養環境移行時の注意点												
服薬管理				処方の未介入の問題				継続的な問題				

ご不明な点等ございましたら、担当までお問い合わせください。