

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

施設名：土谷総合病院 処方医：科 先生 御机下	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 報告に際しての患者同意 ☐ 有 ☐ 無 フォローアップの対象 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	薬剤師名：

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。

療養上の問題点を確認いたしましたので報告いたします。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ませんでした。

確認事項	確認	未確認	コメント
・残薬： ☐ あり ☐ なし	☐	☐	
・むくみ： ☐ あり ☐ なし 部位：	☐	☐	
・労作時の息切れ： ☐ あり ☐ なし	☐	☐	
・血圧 / mmHg	☐	☐	
・体重 kg	☐	☐	
・食欲低下： ☐ あり ☐ なし	☐	☐	
・過労/ストレス： ☐ あり ☐ なし	☐	☐	
・他院に受診・処方された薬： ☐ あり ☐ なし	☐	☐	

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

返信欄

(病院→薬局)

☐報告内容を確認いたしました。☐提案の内容を考慮し、以下のような対応にいたします。

医療機関名：あかね会 土谷総合病院

診療補助部 薬局

FAX番号：082-243-9211

返信日： 年 月 日

記入者：