薬剤変更等に係る情報提供書

令和　　年　　月　　日

医療機関名：

担当医：　　　　　科　　　　　　　　殿

　　　　　　　　介護老人保健施設の名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名：

　　　　　　　　　　　　　　薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患  者 | 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷病名 | | |
| ＜入所時の処方＞ | ⇒ | ＜退所時の処方＞ |

|  |
| --- |
| ＜検討した内容＞ |

＜変更・減薬・減量があった場合＞

|  |  |
| --- | --- |
| 変更・減薬・  減量薬剤名１ | 変更・減薬・減量の別：  薬剤名： |
| 変更・減薬・  減量理由 | １　有害事象の発現　　２ 有害事象の発現リスク  ３　非薬物的対応　　　４　肝機能・腎機能  ５　同系統薬の重複投与　　６　後発医薬品への切り替え  ７　配合剤への切り替え　　８　服薬アドヒアランスの低下  ９　症状改善　　　　　　　10　その他（　　　　　　　　　） |
| 変更・減薬・減量後の状態・関連情報等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更・減薬・  減量薬剤名２ | 変更・減薬・減量の別：  薬剤名： |
| 変更・減薬・  減量理由 | １　有害事象の発現　　２ 有害事象の発現リスク  ３　非薬物的対応　　　４　肝機能・腎機能  ５　同系統薬の重複投与　　６　後発医薬品への切り替え  ７　配合剤への切り替え　　８　服薬アドヒアランスの低下  ９　症状改善　　　　　　　10　その他（　　　　　　　　　） |
| 変更・減薬・減量後の状態・関連情報等 |  |

＜追加処方があった場合＞

|  |  |
| --- | --- |
| 追加処方  薬剤名１ |  |
| 処方経緯等 |  |