

(薬局⇒病院)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：	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)
処方医：	
患者番号：	報告に際しての患者同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者氏名：	
生年月日：	
フォローアップの対象	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(ある場合✓)	未確認	コメント
<input type="checkbox"/> 残薬	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> むくみ 部位：	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 労作時の息切れ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 体重 kg	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 過労 <input type="checkbox"/> ストレス	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 他院に受診・処方された薬	<input type="checkbox"/>	

【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。

年 月 日 医師名：

