

薬剤管理サマリーについて(返書)

学研都市病院 薬局 宛	保険薬局名： 所在地：〒
交付年月日 20 年 月 日	電話番号：
患者ID：	FAX番号：
患者名：	担当薬剤師名： (☐ かかりつけ薬剤師 ☐ 非)
返書に当たっては ☐ 患者の同意を得ています。 ☐ 施設内掲示にて包括同意を得ています。	

☐ 情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

※特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項、情報提供が不足していたと思われる事項等がありましたらご記入下さい。

以下の事項についてご報告申し上げます。

来局日	☐ まだ来局されていません		
来局者	☐ 本人	☐ ご家族	☐ その他()
調剤方法	☐ ヒート	☐ 一包化	☐ 粉碎
アドヒアランス	☐ 良好	☐ おおむね良好	☐ 不良
	※「不良」の場合、状況とその理由をご記入下さい		
薬の変更	☐ なし	☐ あり	
	※「あり」の場合、その内容と変更理由を可能な範囲でご記入下さい。		
体調の変化	☐ なし	☐ あり	
	※「あり」の場合、その変化について可能な範囲でご記入下さい。		
当院からの返書希望	☐ なし	☐ あり	

その他、特記事項があればご記入下さい。

※貴薬局に所定の様式がありましたら、そちらを使っていただいても構いません。
※継続した薬学的支援のため、報告を終了した場合でも何かございましたら情報提供をお願い致します。