

FAX番号:

ご担当薬剤師様

退院時の処方ならびに薬学的管理事項についてご連絡申し上げます。

ID:	様	性別	生年月日	年	月	日	年齢	
入院期間		年 月 日 ~						
診療科		担当医		身長		cm	体重	kg
アレルギー歴		☐ なし	☐ あり ()					
副作用歴		☐ なし	☐ あり ()					
服薬管理		☐ 自己管理	☐ 看護師管理					
投与経路		☐ 経口	☐ 経鼻	☐ 胃瘻	☐ 腸瘻			
調剤方法		☐ PTP	☐ 一包化	☐ 粉碎	☐ 簡易懸濁			
退院後の薬剤管理方法		☐ 本人	☐ 家族 ()	☐ その他 ()				
入院前の健康食品		☐ なし	☐ あり ()					

この情報を伝えることに対して患者の同意を ☒ 得た ☐ 得ていない

【入院時持参薬】 ☐ 別紙あり	【退院時処方(退院時処方に薬情・シールを添付)】 ☐ 別紙あり
--	--

【特記事項】

・入院中の薬物治療(レジメンなど)・手術・処置

・入院中に発現した副作用とその対応

□ 無し □ 有り

・入院中に中止または変更した薬剤

□ 無し □ 有り

・指導内容など申し送り事項

□ 無し □ 有り

・その他、検査値等

薬剤師:

学研都市病院 薬局
〒619-0238 京都府相楽郡精華町精華台7丁目4-1
TEL:0774-98-2123(代) FAX:0774-98-2101