

服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）

施設名：	新潟市民病院
処方医：	循環器内科
	先生
患者ID：	
患者氏名：	様 ※一部 伏字
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（ ）

報告日	
保険薬局名	
薬剤師名	
電話番号	
FAX番号	

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	目標体重	kg					
体重・血圧・脈拍	☐	☐	現在の体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍数	回/分
残薬	☐	☐							
むくみ	☐	☐							
労作時息切れ	☐	☐							
食欲低下	☐	☐							
過労	☐	☐							
ストレス	☐	☐							
他院からの新規処方薬	☐	☐							

【問題点に対するアセスメントと介入、その他報告事項】

--

返信欄

☐ 報告内容を確認いたしました。 (病院→薬局)

☐ 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：

新潟市民病院 薬剤部 FAX:025-281-5272