

薬剤管理サマリー(精神科版)

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------|
| ふりがな | | 入院日 | | (3) 入院時持参薬の状況 | |
| 氏名 | | 退院日 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 処方医療機関： <input type="checkbox"/> 当院外来 <input type="checkbox"/> その他（ 病院） <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手帳アプリ <input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 薬情 | |
| ID | 性別 | 生年月日 | | 処方薬： | |
| 担当医 | 担当薬剤師 | 身長・体重 | c m / k g | | |
| 主病名・既往歴 | | 入院理由 | | <input type="checkbox"/> 病状悪化 <input type="checkbox"/> 急薬による病状悪化 <input type="checkbox"/> 通院中断による病状悪化 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| (1) アレルギー歴・副作用歴など | | | | (退院後の情報：退院時カンファレンス等) | |
| 喫煙 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 | | 飲酒 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 | | 退院先 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| アレルギー歴 | <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 疑い（ ） | | | 退院後の服薬管理者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 副作用歴 | <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 疑い（ ） | | | 退院後の問題点 | |
| (2) 服薬管理情報 | | | | (4) 服薬アドヒアランス情報：拒薬・急薬理由 | |
| 服薬状況 | (入院前) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒薬傾向 <input type="checkbox"/> その他 | (入院中) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 拒薬傾向 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 毎日薬を飲むのが面倒 <input type="checkbox"/> 薬を飲むタイミングが難しい場面がある （飲み忘れる時間帯：朝 昼 夕 寝る前 その他） <input type="checkbox"/> 人前で薬を飲むことに抵抗がある <input type="checkbox"/> 家族や周囲の服薬確認に抵抗がある <input type="checkbox"/> 薬の量を自分で調節してしまうことがある <input type="checkbox"/> 薬を飲む量が多いから <input type="checkbox"/> 薬を飲む回数が多いから <input type="checkbox"/> 飲み間違えてしまうから <input type="checkbox"/> 薬による副作用があるから （喉の渇き/眠気/便秘/頭がぼーっとする/手の震え/体重増加/生理不順/ その他： ） <input type="checkbox"/> 飲んで効果を感じないから <input type="checkbox"/> 薬を飲まなくても再発しないと思うから <input type="checkbox"/> 薬を飲む時間が気になって活動を控える事があるから <input type="checkbox"/> 病気の認識・理解が乏しいから <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 薬剤投与方法 | <input type="checkbox"/> 経口（普通錠 / 粉砕） <input type="checkbox"/> 経管（粉砕 / 簡易懸濁法） | | | | |
| 処方状況 | <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 （退院時：（内科・精神科）は他院へ受診） | | | | |
| 服用方法（入院前） | <input type="checkbox"/> 本人管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他 <管理方法> <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ボックス <input type="checkbox"/> ファイル <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 服用方法（退院直前） | <input type="checkbox"/> 本人管理（ <input type="checkbox"/> 1日管理 <input type="checkbox"/> 3日管理 <input type="checkbox"/> 7日管理） 方法： <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ボックス <input type="checkbox"/> ファイル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 看護師管理 | | | | |
| 入院中の調剤方法 | ※当院入院中は、基本は全て一包装しております。 <input type="checkbox"/> 日付あり <input type="checkbox"/> 日付なし <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| (5) 精神科薬剤の使用関連 | | | | | |
| 抗精神病薬の 持続性注射剤 | <input type="checkbox"/> 有（薬剤： ） <input type="checkbox"/> 無 使用部位（右肩・左肩・右臀部・左臀部） 最終注射用量： mg 最終投与日： / | | | | |
| 定期検査が必要な薬 | <input type="checkbox"/> 有（薬剤： ） <input type="checkbox"/> 無 最終検査日： / | | | | |
| (6) DIEPSS評価 （※退院前直近のデータ） | | | | | |
| 日付： ◆歩行： ◆動作緩慢： ◆流涎： ◆筋強剛： ◆振戦： ◆アカジニア： ◆ジストニア： ◆ジスネジア： | | | | | |
| (7) 肝機能・腎機能 （※退院前直近のデータ） | | | | (8) 検査値 | |
| 肝機能 | 日付 / : AST () IU/L, ALT () IU/L, γ-GTP () IU/L | | | | |
| 腎機能 | 日付 / : Scr () mg/d l , eGFR () mL/min/1.73m2 | | | | |
| (9) 入院中の薬物治療経過/患者problem/服薬指導・介入の要点 | | | | | |
| 日付 | 薬剤変更の有無 | | 服薬指導・介入の要点 (problemリスト) | | |
| / | 開始・増量（薬剤名： ） 減量・中止（薬剤名： ） 変更（薬剤名： →薬剤名： ） 理由：効果不十分・副作用・患者希望・拒薬・その他 | | 患者problem) | | 指導・介入の要点) |
| / | 開始・増量（薬剤名： ） 減量・中止（薬剤名： ） 変更（薬剤名： →薬剤名： ） 理由：効果不十分・副作用・患者希望・拒薬・その他 | | 患者problem) | | 指導・介入の要点) |
| / | 開始・増量（薬剤名： ） 減量・中止（薬剤名： ） 変更（薬剤名： →薬剤名： ） 理由：効果不十分・副作用・患者希望・拒薬・その他 | | 患者problem) | | 指導・介入の要点) |
| / | 開始・増量（薬剤名： ） 減量・中止（薬剤名： ） 変更（薬剤名： →薬剤名： ） 理由：効果不十分・副作用・患者希望・拒薬・その他 | | 患者problem) | | 指導・介入の要点) |
| (10) | 他医療機関への申し送り事項 | | | | |

※ご不明な点がございましたら、上記担当薬剤師までお問い合わせください
 施設名： TEL： E-Mail：