

作成日： 年 月 日

薬剤管理サマリー（返書）

【薬剤管理サマリー発行の経緯と返書のお願い】

当院では入院-外来と切れ目のない薬物治療を展開し、精神疾患患者の地域移行を支えたいとの思いから、薬剤管理サマリーを他施設に発行しています。ご活用頂けると幸いです。

薬剤管理サマリーの内容がどのように有効活用されているかを確認するため、是非、返書へのご記入・FAXをお願いします。

施設名： 担当薬剤師： 先生

患者名：
有益であった事項への☑をお願いします。（複数可）
<input type="checkbox"/> アレルギー・副作用情報（①） <input type="checkbox"/> 飲酒・喫煙情報（①） <input type="checkbox"/> 服薬管理情報（②）
<input type="checkbox"/> 調剤方法に関する情報（②） <input type="checkbox"/> 入院時持参薬情報（③） <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス情報（④）
<input type="checkbox"/> 持効性注射剤実施情報（⑤） <input type="checkbox"/> 定期検査が必要な薬剤に関する情報（⑤） <input type="checkbox"/> 副作用評価（DIEPSS情報）（⑥）
<input type="checkbox"/> 肝機能・腎機能情報（⑦） <input type="checkbox"/> 検査値情報（⑧） <input type="checkbox"/> 患者プロブレム情報（⑨）
<input type="checkbox"/> 申し送り事項に関する情報（⑩） ※（ ）内の番号は薬剤管理サマリーの番号に対応しています
退院時薬剤サマリーの情報を活用して処方介入した事例がありましたか
<input type="checkbox"/> 処方介入事例あり <input type="checkbox"/> 処方介入事例なし
情報共有が必要と思われる事項等がありましたら下記にご記入ください。

- 以下の事項についてご報告申し上げます。
- 以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

--

※個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかにチェックしてください。

- 返信に当たっては、
- 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。

施設名： _____
〒 _____
住所： _____
担当薬剤師： _____

TEL： _____ FAX： _____