



服薬情報提供書(心不全指導)

心不全指導において「即時性は低い情報であるが情報提供した方が望ましい」と判断される内容を報告して下さい。
 情報提供書は疑義照会には使用できません。即時性の高い内容は疑義照会票を使用して下さい。
 主治医へ情報提供することに関して患者の同意を得た上で報告して下さい。

処方医 (担当医)	科		先生	報告日	年	月	日
患者名			様	処方箋 発行日	年	月	日
生年月日	年	月	日	保険薬局名			薬剤師
患者番号 <small>※処方箋の備考に記載の7桁の番号</small>			薬局 電話番号			薬局 FAX番号	

薬剤交付時に これまでの状況を 確認してください 薬剤交付時の 確認事項 (年 月 日)	指導対象/服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他() / <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
	調剤方法/管理方法	<input type="checkbox"/> PTP等 <input type="checkbox"/> 一包化 / <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> ピルケース <input type="checkbox"/> お薬カレンダー
	心不全治療薬の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	頓服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	ハートノートや 心不全手帳の 記載状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 持参なく次回は持参するよう指導 特記事項()
薬剤交付とは別の日に 交付日以降の状況を 確認してください フォローアップ時の 確認事項 (年 月 日) ※調剤から 日後	調剤以前の服薬状況 (残薬数の直接確認や 聴取による予想)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項()
	心不全	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(服薬管理、塩分・水分管理、体調管理 等) 特記事項()
	確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他()

できるだけ記載状況を直接確認しアドバイスをお願いします

できるだけ残薬数を直接確認してください

電話等でわかる範囲で構いません

《特記事項・指導内容・提案》

その他の特記事項や、上記に書ききれなかった内容を記載してください