

病院・保険薬局連携シート(服薬指導)

病院 → 保険薬局 → 病院

年 月 日

大阪鉄道病院 科

FAX: 06-6628-2284 (薬剤部直通)

医師:

看護師:

服薬指導後は結果を記入し、FAX送信をお願いします。
ご不明な点は大阪鉄道病院診療科もしくは薬剤部まで問い合わせください。

病院記入欄

ID		かかりつけ薬局	
氏名			
治療名	療 法		
対象臓器	<input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> その他()		
服薬スケジュール			
病状について	<input type="checkbox"/> 理解良好 <input type="checkbox"/> その他()		
処方歴	<input type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 治療変更(→)		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 初回指導 <input type="checkbox"/> その他(理由:)		
服薬指導ハンドブックの配布	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
連絡事項 (検査結果・治療歴等)			

保険薬局記入欄

下記項目にチェックをお願いします。

【保険薬局名】TEL・FAX記載して下さい

指導担当薬剤師:

指導内容

- 薬剤名
- 用法・用量
- 効能・効果
- 服用忘れの対応
- 日誌の記入について

副作用

- 嘔気嘔吐 下痢 便秘 骨髄抑制 脱毛 口内炎
- 末梢神経障害 皮膚障害
- その他 ()

理解度

- 理解良好 その他()

追加配布資料

- なし あり()

連絡事項がありましたら、ご記入をお願いします。

(

)

私は服薬指導依頼に関する説明を受け、それらを理解した上で服薬指導を受けることに同意します。
(服薬情報等提供料として一部負担金が発生しますので、ご了承ください。)

ご署名: