

服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）

		報告日		年	月	日
施設名：埼玉県立循環器呼吸器病センター		保険薬局				
処方医：科		(名称、所在地、電話・FAX番号)				
患者番号：		先生 御机下				
患者氏名：						
生年月日：						
		薬剤師名：：				
報告に際しての 患者同意 フォローアップ の対象	☐ 有り	☐ 無(同意を得られていないが報告の必要があると判断した)				
	☐ 本人	☐ 家族	☐ その他()			
	☐ 薬局での 聞き取り	☐ 電話	☐ 在宅訪問	☐ その他()		
確認方法						

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。

☐療養上の問題点があります。

☐服薬管理 ☐セルフケア ☐病識・受診行動

☐体重増加 ☐食事内容 ☐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		日付	未確認	コメント
血圧	/ mmHg	/	☐	
体重	kg	/	☐	

確認事項	あり	なし	未確認	コメント
飲み忘れ	☐	☐	☐	
副作用症状	☐	☐	☐	
息切れ	☐	☐	☐	
むくみ	☐	☐	☐	
食欲低下	☐	☐	☐	
過労/ストレス	☐	☐	☐	
他院に受診・ 処方された薬	☐	☐	☐	
塩分摂取過剰	☐	☐	☐	
喫煙	☐	☐	☐	

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

返信欄

(病院→薬局)

- ☐ 報告内容を確認いたしました。
- ☐ 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