

心不全薬剤管理サマリー返書（薬局→病院）

作成日

薬局薬剤師の先生へ

心不全は、急性増悪を繰り返すたびに予後が悪化する進行性の疾患であり、日々の薬物療法と生活習慣の管理が極めて重要です。先生方の患者さんへのモニタリングの結果を主治医に共有していきたいと考えております。

ご負担のない範囲で構いませんので、本返書の活用にご協力いただきます様お願い申し上げます。

国立病院機構横浜医療センター 薬剤部 心不全チーム担当薬剤師 宛

様の薬学的管理事項について連絡いたします。

薬局:		記入薬剤師:	
所在地:			
TEL:			
FAX:			
服薬管理情報	服薬指導を行った相手	☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 別居家族 ☐ 施設 ☐ 在宅スタッフ ☐ その他 ()	
	服薬管理者	☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 別居家族 ☐ 施設 ☐ 在宅スタッフ ☐ その他 ()	
	調剤方法	☐ PTPなど ☐ 一包化 ☐ 簡易懸濁 ☐ 粉碎 ☐ その他 ()	
	服薬管理方法	☐ 薬袋 ☐ カレンダー ☐ ビルケース ☐ その他 ()	
	服薬管理方法が推奨調剤方法（表側に記載）と異なる場合の理由： 可能な範囲で構いません。ない場合は「なし」とご記入ください。		
	服薬状況	☐ 良好 ☐ 時々忘れる ☐ 忘れる ☐ 拒薬あり ☐ その他 ()	
	残薬の状況	☐ 多い（1か月以上） ☐ やや多い（2週間分以上） ☐ 少ない（数日程度） ☐ ない	医薬品名又は服用時点： 怠薬理由：
服薬状況を悪化させている可能性のある問題点： 可能な範囲で構いません。ない場合は「なし」とご記入ください。			
心不全情報	セルフモニタリング点数	☐ 5点以上 ☐ 4点 ☐ 3点 ☐ 2点 ☐ 1点以下	
	現在の体重	kg	
	家庭血圧	/	☐ 毎日測定している ☐ 週の半分くらいは測定している ☐ あまり測定できていない ☐ 測定していない
	患者さんの状態でお気づきの点があればご記載ください。		
心不全薬剤管理サマリーについてお気づきの点、改善点、要望等あればご記載ください。			
記入が終わりましたらFAXをお願いします。 FAX 045-853-8308			