

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

薬局名 御中

患者様氏名 様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	<input type="text"/>	<年齢>	性別	<input type="text"/>	身長	<input type="text"/>	体重	<input type="text"/>
入院期間	<input type="text"/>	~	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間	診療科	<input type="text"/>	測定日
						主治医	<input type="text"/>	

基本情報	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	検査情報	<input type="text"/>				
	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 看護師管理			
	調剤方法	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> 一包化			
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻）			
退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族等	服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> 忘れる（不良）
			OTC・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	（ <input type="text"/> ）

入院時持参薬	<input type="text"/>	退院時処方	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

伝達事項	<input type="text"/>
------	----------------------

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。