**緩和ケア情報提供書**（薬剤師記載用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　担当　　　　様

紹介元医療機関名

記入者名：

住　　所：

電話番号：

患者基本情報

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日（　　歳）

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 電話番号

体重　　　ｋｇ

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の処方 | □下記　　　　　□別紙　　　　　　　　　日付　　　　　年　　　　月　　　　日時点 |
| 特記事項 | □禁忌薬剤：  □アレルギー　□薬剤：  　　　　　　　□食物：  □副作用歴：  上記３項目の詳細(発現年月日、発現状況等） |
| 服薬管理　　　　　□自己管理　　□病棟管理　　□内服なし　　□その他：  　　　　　　　　　□お薬カレンダー　　　□簡易懸濁　　　□経口　　　　　□経管 |
| 服薬状況　　　　　□良好　　　□時々忘れる　　　□不良　　　□拒薬： |
| 調剤　　　　　　　□原則一包化　　　□ヒート |
| 退院後の薬剤管理　□本人　　　□家族　　　□施設　　　　□その他： |
| 嗜好品など　　　　□酒　　　　□たばこ　　□サプリメントなど： |
| 退院（転院）に向けて　　　問題点・バリア（障壁）、今後の注意事項など |