

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

| | |
|--|------------------------|
| 診療科： 科 | 保険薬局：（名称、所在地、電話・FAX番号） |
| 担当医： 医師 | |
| 患者番号(ID)： | 薬剤師名： |
| 患者氏名： | |
| 報告に際しての患者同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない | |
| フォローアップの対象 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

- 聞き取り日 年 月 日
- 確認方法 薬局での聞き取り 電話 在宅訪問 その他（ ）
- 服薬管理者（支援含む） 本人 家族 薬局薬剤師
 その他（ ）
- 服薬管理 薬袋 一包化 服薬ケース 薬カレンダー
 粉碎 その他（ ）
- 服薬状況 良好 不良（ 服薬忘れ 自己調節 服薬拒否）
- 確認された療養上の問題点 服薬管理 セルフケア 体重増加
 食事内容 病識・受診行動 その他（
 問題点なし
- 導入サービス 訪問介護 訪問看護 リハビリ その他（ ）

| 確認事項(ある場合✓) | コメント |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> 残薬 | |
| <input type="checkbox"/> むくみ 部位： | |
| <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ | |
| <input type="checkbox"/> 体重 kg 、 ((家庭)血圧 / mmHg) | |
| <input type="checkbox"/> 食欲低下 | |
| <input type="checkbox"/> 過労 <input type="checkbox"/> ストレス | |
| <input type="checkbox"/> 他院に受診・処方された薬 | |

【問題点に対するアセスメントと介入、セルフケア継続状況、その他の報告事項】

このような症状があるときは受診を勧めて下さい。

| 早め（1週間以内）の受診（イエローカード） | すぐに受診（レッドカード） |
|-----------------------|---------------------|
| ◎ 体重増加（1週間で2kg以上増える） | ◎ 安静時の息苦しさ・夜間の咳 |
| ◎ むくみの悪化（靴下や靴がきつくなる） | ◎ 横になると苦しいが、座ると楽になる |
| ◎ 休まずに歩いていた距離でも息切れする | |
| ◎ 普段よりだるい・疲れやすい、食欲がない | |

返信欄

(病院→薬局)

- 報告内容を確認いたしました 以下のように対応いたします

年 月 日

薬剤師名：