

↑

送信先：帝京大学医学部附属病院薬剤部 担当者
FAX:03-3964-9426
受付時間：平日（月～金曜日） 9：00～16：00
土曜日 9：00～11：00
※日曜日、祝日、年末年始を除く

心不全フォローアップに
関する情報提供

情報伝達の流れ：保険薬局→薬剤部→主治医

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会がある場合は、電話にて当院の薬剤部に問い合わせを行ってください。
緊急性を要する場合は、患者様より電話にて当院の代表番号に問い合わせを行ってください。

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（兼心不全フォローアップシート）

主治医： 科 御机下	保険薬局名：
ID：	所在地：
患者名：	電話番号
	FAX：
☐ この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ています。	
☐ この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ていませんが、治療上、必要だと思われまますので、ご報告いたします。	
聞き取り日： 年 月 日 担当薬剤師名（薬局）：	
対応者： ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）	
契機： ☐ 投薬時 ☐ 患者からの問い合わせ ☐ 電話による薬学的管理	

薬を飲み忘れることがある	あり / なし 頻度：月1回、2週に1回 1週に1回、それ以上	コメント
むくみの悪化を感じる	あり / なし 部位：	
体重増加がある	あり/なし 本日の体重： 退院時から kg 増量	
尿量が減っている	あり / なし	
労作時の息切れの悪化	あり / なし	
就寝時（横になった際）の呼吸苦、息切れはあるか	あり / なし	
外食、スーパーなどのお惣菜を利用する機会が増えた（塩分摂取が増えた）	あり / なし	
食事量の変化がある	あり / なし（変わらない）	

申し送り事項（問題点・アセスメント、療養指導の内容）

返信欄

☐ 報告内容を確認いたしました。☐ 確認し、医師へ報告しました。

コメント