

# 服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）

送付先：独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター 地域連携室

TEL 076-262-4161 FAX 076-262-4188

報告日 年 月 日

施設名：金沢医療センター 処方医：循環器内科 先生 御机下	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 報告に際しての患者同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 フォローアップの対象 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	薬剤師名：

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。

## 療養上の問題点を確認いたしましたので報告いたします。

確認方法 薬局での聞き取り 電話 在宅訪問 その他

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

現時点での療養上の問題点は確認されませんでした。

確認事項	確認	未確認	コメント
・残薬： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・むくみ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・労作時の息切れ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・血圧 / mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・体重 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・食欲低下： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・過労/ストレス： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
・他院に受診・処方された薬： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

返信欄

(病院→薬局)

提案の内容を考慮し、以下のような対応にいたします。

年 月 日