

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

情報提供日： 令和 年 月 日

御中	
医療機関名： 福岡県済生会二日市病院 住所： 福岡県筑紫野市湯町3-13-1 電話： 092-923-1551 (代表) FAX： 092-923-1553 (薬剤部)	病棟担当薬剤師： _____ 入退院支援担当薬剤師： _____ (印)

患者 情 報	フリガナ									
	患者氏名									
	性別		生年月日		年齢		身長	cm	体重	kg
	Cre		mg/dl		Ccr		mL/min	体表面積		m ²

平素より大変お世話になっております。
 退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。
 (返信は記載のFAX番号にお願い致します。FAXは24時間受け付けております。)

アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
OTC・サプリメント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
管理方法	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 看護師管理	()
コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	()
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 ()

次回受診予定日	年	月	日
---------	---	---	---

特 記 事 項

処方内容	
【入院時持参薬】	【退院時持参薬】

Key Drug (重要薬剤)



FAX：福岡県済生会二日市病院薬剤部

※薬剤管理サマリー返書のお願い※

当院では、退院後の薬学的ケアを地域で継続するための情報提供ツールとして「薬剤管理サマリー」を薬剤師が作成しています。更なる情報共有・地域連携強化、記載内容の充実のために、様々なご意見を記入いただきご返信をお願いします。

薬剤管理サマリーについて（返書）

報告日： 令和 年 月 日

福岡県済生会二日市病院 薬剤部 御中

貴院発行の _____ 様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のために有効活用させていただきます。

※特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項等がありましたら記入下さい。

以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせ下さい。

施設名： _____

名前： _____

職種： _____