〒486－8510

**服用薬剤調整シート**

愛知県春日井市鷹来町1－1－1

春日井市民病院　薬剤科宛

TEL　0568-57-0057　　**FAX　0568-57-0082（注意　疑義照会番号と違います）**

処方箋右上番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ＩＤ |  | 患者氏名 |  |
| 現在の服用薬剤数　　　　　　　　　　　剤（頓用薬や服用４週間未満の内服薬を除き、同一銘柄は１剤と計算）　　　　　 |
| 患者又は家族からの処方内容見直しの同意　　　　　　あり　・　なし |
| 患者連絡先 | 　　　-　　　　-　　　　 | 連絡希望日時（土日祝日除く） | 　　月　　日　　時頃 |

※市民病院薬剤師より薬剤師外来予約取得の連絡をすることをお伝えください。

該当項目にチェックし、処方内容見直しの対象となる処方診療科と薬剤名を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 該当 |
| １．服薬管理能力（認知力）が低下している | □ |
| ２．「特に慎重な投与を要する薬剤」がある | □ |
| ３．同効薬の重複処方がある | □ |
| ４．症状がなく効果が不明瞭および処方意図が不明な薬剤がある | □ |
| ５．薬物間に相互作用がある | □ |
| ６．疾患や高齢による肝・腎機能の低下により副作用発現する薬剤がある | □ |
| ７．服用していない薬剤がある | □ |
| 処方内容見直しの対象薬剤診療科：　　　　　　　　　　　　 | 薬品名、規格、メーカー名を記載してください薬剤名： |
| 備考（上記に関する詳細内容や現在の服用薬剤を貼付してください） |
| 保険薬局 |  | 薬剤師 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |