

薬薬連携実施報告書

一般社団法人福島県薬剤師会事務局 行

FAX 024-549-2209

報告日	令和2年	月	日
薬局名			
薬剤師名			
住所			
電話番号			

1 医療機関名	
2 患者情報	性別 (男・女) 年齢 (歳)
3 病院から依頼された事項にチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 全服用使用薬の確認・報告について	
<input type="checkbox"/> 入院前に服用使用が必要ないと思われる薬剤の確認・報告について	
<input type="checkbox"/> 手術のために休薬が必要な薬剤の休薬指導について	
<input type="checkbox"/> 休薬が必要な薬剤を取り除く外来服薬支援調剤についての報告	
<input type="checkbox"/> その他	
4 病院から依頼された事項の他に報告したものがあればチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報	
<input type="checkbox"/> 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の有無（有・無） 薬剤名等：	
<input type="checkbox"/> 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報	
<input type="checkbox"/> 症状等に関する家族、介護者等からの情報	
<input type="checkbox"/> 薬剤師からみた本情報提供の必要性	
<input type="checkbox"/> その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）	

ご協力ありがとうございました。