

**別紙様式 2**

医療機関

担当医 科 殿

平成 年 月 日

介護老人保健施設の

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

|    |          |                           |     |
|----|----------|---------------------------|-----|
| 患者 | 氏 名      |                           | 男・女 |
|    | 生 年 月 日  | 明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)         |     |
|    | 要介護認定の状況 | 自立 要支援 要介護度 ( 1 2 3 4 5 ) |     |

|            |                |
|------------|----------------|
| 紹介目的       | (紹介後の方針に関する希望) |
| 患者に関する注意事項 |                |
| 備考         |                |

備考 1 必要がある場合には続紙に記載して添付すること。

備考 2 必要がある場合には検査の記録等を添付すること。

|                     |            |
|---------------------|------------|
| 既往歴及び家族歴<br>主訴又は病名・ | 嗜好 薬剤アレルギー |
| 現病歴                 |            |
| 現症                  |            |
| 検査所見                |            |
| 治療病歴                |            |
| 現在の処方               |            |

## 薬剤調整報告書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

いつもお世話になっております。

この度、××様が当介護老人保健施設に入所されました。

ご提供いただいた診療情報をもとに、定期処方薬について処方していく予定ですが、

- ・複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性
- ・病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動

等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございますが、処方経緯等から変更すべきではない薬剤がある場合など、当入所者の薬剤調整について、指示等ございましたら、(医師名 又は 薬剤師名)にご連絡いただければ幸いです。

## 薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

|    |      |                  |     |
|----|------|------------------|-----|
| 患者 | 氏名   |                  | 男・女 |
|    | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生（ 歳） |     |

|          |   |          |
|----------|---|----------|
| 傷病名      |   |          |
| <入所時の処方> | ⇒ | <退所時の処方> |

|          |
|----------|
| <検討した内容> |
|----------|

