



東北公済病院 御中

報告日：20 年 月 日

服薬情報提供書・薬剤管理サマリー対応報告書

東北公済病院 薬剤部 宛	保険薬局名： 所在地：〒
交付年月日 20 年 月 日	電話番号：
患者 ID：	FAX 番号：
患者名：	担当薬剤師名： (☐ かかりつけ薬剤師 ☐ 非)
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 ☐ この情報を伝えることにし患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

入院中にポリファーマシーに対して介入し、退院時に情報提供が必要と判断した患者さんです。薬剤管理サマリーに関する以下の項目についてお知らせください。

1. 退院後の患者さんの体調変化

- ☐あり ☐症状増悪 ☐改善
☐その他、特記事項 ()

☐なし

2. 退院後の定期内服薬の変更

- ☐あり ☐中止 (薬品名：) ☐用量変更 (薬品名：)
☐中止薬再開 (薬品名：) ☐新規開始 (薬品名：)
☐その他、特記事項 ()

☐なし

3. 医療機関との連携が必要な問題点等

- ☐あり { 内容： }
☐なし

報告および提案事項：

☐ 問題点について、今後もフォローアップし、報告予定です。

☐ その他、特記事項はなく、報告を終了します。

※継続した薬学的支援のため、報告を終了した場合でも何かございましたら情報提供をお願い致します。

(2025 年 7 月作成)