

服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）

報告日 年 月 日

施設名：	科 先生 御机下	保険薬局 (名称、所在地、電話・FAX番号)	
処方医：			
患者番号：		薬剤師名：	
患者氏名：			
生年月日：			
報告に際しての患者同意			☐ 有 ☐ 無
フォローアップの対象			☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。

療養上の問題点を確認いたしましたので報告いたします。

確認方法 ☐ 薬局での聞き取り ☐ 電話 ☐ 在宅訪問 ☐ その他

確認された療養上の問題点 ☐服薬管理 ☐セルフケア ☐体重増加

☐食事内容 ☐病識・受診行動 ☐その他

□現時点で療養上の問題点は確認されませんでした。

確認事項(ある場合✓)	未確認	コメント
☐ 残薬	☐	
☐ むくみ 部位：	☐	
☐ 労作時の息切れ	☐	
☐ 体重 kg 、 血圧 / mmHg	☐	
☐ 食欲低下	☐	
☐ 他院に受診・処方された薬	☐	

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】