

情報提供書

薬剤師用

情報提供先

調剤薬局名
所在地
連絡先
担当者名

御中

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	H S T 年 月 日 (歳)
氏名	様				
住所				電話	
介護保険 被保険番号				有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	認定日	H 年 月 日
医療区分	特定疾患 受給者証	有・無			身体障がい 者手帳 有・無 (障がい名) 種 級
連絡先(緊急時)					
氏名	(キーパーソン)	(続柄)	氏名	(続柄)	
住所			住所		
電話	(自宅)	(携帯)	電話	(自宅)	(携帯)
主治医	(医療機関名)		(氏名)	(連絡先)	
傷病名					
利用者の薬剤服用状況等 (1月当たりの訪問日数: 日)					
現在処方されている薬剤					
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()				アレルギー・副作用	
				有・無	
				感染症	
				有・無	
併用薬(主治医以外からの処方)					
本人、家族に対する薬剤の管理指導の要点					
薬剤管理している人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()					
管理方法: <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 配薬 BOX <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他 ()					
麻薬の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
麻薬の保管管理状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()					
麻薬の服薬状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()					
疼痛緩和の状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()					
副作用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
麻薬の廃棄: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用者の日常生活上の留意事項・解決すべき課題に関する要点					