

## 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

&lt;入所時の処方&gt;

⇒

&lt;退所時の処方&gt;

&lt;検討した内容&gt;

＜変更・減薬・減量があった場合＞

変更・減薬・ 減量薬剤名 1	変更・減薬・減量の別： 薬剤名：
変更・減薬・ 減量理由	1 有害事象の発現      2 有害事象の発現リスク 3 非薬物的対応      4 肝機能・腎機能 5 同系統薬の重複投与      6 後発医薬品への切り替え 7 配合剤への切り替え      8 服薬アドヒアランスの低下 9 症状改善      10 その他（ ）
変更・減薬・減 量後の状態・関 連情報等	

変更・減薬・減量薬剤名 2	変更・減薬・減量の別： 薬剤名：
変更・減薬・減量理由	1 有害事象の発現      2 有害事象の発現リスク 3 非薬物的対応      4 肝機能・腎機能 5 同系統薬の重複投与      6 後発医薬品への切り替え 7 配合剤への切り替え      8 服薬アドヒアランスの低下 9 症状改善      10 その他（                      ）
変更・減薬・減量後の状態・関連情報等	

### ＜追加処方があった場合＞

追加処方 薬剤名 1	
処方経緯等	