

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 :

FAX :

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>

<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	