

テスト 99999999

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

2023/02/14 11:25:51

生年月日:1943/01/01 (80歳1ヵ月)	性別:女性	血液型:		
身長:170.0 cm	BMI:24.22	入院日:2023/01/01	病棟:5F病棟	診療科:名称不明
体重:70.0 kg	体表面積:1.81 m ²	退院日:2023/01/17	病室:名称不明	主治医:

基本情報	アレルギー	あり ・牛乳	服薬状況	【服薬状況(入院中)】
	副作用発現歴	なし		服薬管理:自己管理
	OTC	なし		管理方法:カプセル
	サプリメント	あり ・総合ビタミン剤		投与経路:経口

検査値	2023/2/1	クレアチン 0.42, eGFR 125.0
-----	----------	------------------------

入院時持参薬	「持参薬鑑別報告」をご参照ください。	退院時処方	錠5mg 1錠 朝食後 14日分
--------	--------------------	-------	------------------

特記事項	【入院期間】20230201~20230214 【入院の契機となった疾患と経緯】にて救急搬送 2/2 手術 【入院目的】(治療・検査等)の精査加療目的 【入院中の経過・問題点】 【入院中使用した主な薬剤】年月日~年月日(薬剤名) 【開始薬剤】あり 開始薬剤詳細(薬剤名) 【中止・未再開薬剤】あり 中止・未再開薬剤詳細(薬剤名) 【自己調節している薬剤】あり 自己調節している薬剤詳細(薬剤名) 【入院中の持参薬使用】なし 【退院後の再開薬・休薬】年月日~(薬剤名)再開 年月日~年月日(薬剤名)休薬 【退院後の薬剤管理方法】本人 処方なくなる時期(2023/2/21まで処方あり) 【退院後の服薬状況に関する留意点】なし 麻痺あり 【情報提供先をお願いしたいこと・その他】なし
------	--

投与方法に注意を要する薬剤	リトドニ酸17.5mg:毎週金曜日服用 ドネペジル10mg:2023/2/10開始、問題根拠れば維持量まで増量を検討 プレドニゾロン5mg・バシロピド100mg:2023/2/14~5日間のみきり終了
---------------	--

特記事項には、患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること(問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容)
投与方法に注意を要する薬剤には、現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤(例:連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等)や維持量まで増量が必要な薬剤(例:ドネペジル、ラモトリギン等)を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。

ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

〒720-0825 広島県福山市沖野上町三丁目6-28

脳神経センター大田記念病院

TEL:084-975-7790(薬剤課直通)

FAX:084-979-3599

薬剤師:管理者

薬剤管理サマリー（返書）

作成日 _____

脳神経センター大田記念病院

薬剤師:管理者

貴院発行の テスト 99999999 様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

特に有用であった事項、今後情報提供が必要と思われる事項等ありましたら具体的にご記入ください。

以下の事項についてご報告申し上げます。

以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかをチェックしてください。

返信に当たっては、

患者の同意を得ています。

施設内掲示にて包括同意を得ています。

〒

かかりつけ薬局 _____

薬剤師 _____

TEL: _____

FAX: _____