**慢性心不全支援用　施設間服薬情報提供書**

公立陶生病院　慢性心不全支援担当薬剤師　宛 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 電話番号 | **－　　　－** |
| FAX番号 | **－　　　－** |
| 担当薬剤師名 |  |

この度、下記の患者様に関する情報提供をさせていただきます。

【患者情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 様 | 生年月日 | * 大正
* 昭和
* 平成
 | 　　　年　　　月　　　日 |

【報告等】

|  |  |
| --- | --- |
| 対応方法 | * 来局　　　　□　電話
 |
| 基準体重 | 目標体重：　　　　ｋｇ　　　　　　　月曜日の体重：　　　　ｋｇ |
| 内容 | * 残薬調整　　□　あり　　　　□　なし
* 朝の体重　　　　　　　ｋｇ
* 朝の血圧　　　　　　　　　／　　　　　　　ｍｍＨｇ
* 息切れ　□　あり　　　　□　なし
* 起坐呼吸　□　あり　　　　□　なし
* 早朝の下肢浮腫　□　あり　　　　□　なし
* その他
* 屯服利尿薬の服用　□　あり　　　□　なし

詳細（回数、期間）： |
| 報告・相談 |  |

公立陶生病院　医療技術局薬剤部　TEL:0561-82-5101（代表）　　FAX:0561-87-0030