服薬情報提供書（兼 心不全フォローアップシート）

報告日　　年　　月　　日

施設名： 処方医：　　科 先生　御机下	保険薬局 （名称、所在地、電話・FAX番号）
患者番号： 患者氏名： 生年月日: 報告に際しての患者同意　□有　□無 フォローアップの対象　□本人　□家族　□その他	薬剤師名：

心不全フォローアップの結果を以下の通り報告いたします。

療養上の問題点を確認いたしましたので報告いたします。

確認方法　□薬局での聞き取り　□電話　□在宅訪問　□その他

確認された療養上の問題点　□服薬管理　□セルフケア　□体重増加

□食事内容　□病識・受診行動　□その他

□現時点で療養上の問題点は確認されませんでした。

確認事項(ある場合✓)	未確認	コメント
□残薬	□	
□むくみ　部位：	□	
□労作時の息切れ	□	
□体重　　kg　、血圧　　/　　mmHg	□	
□食欲低下	□	
□過労　□ストレス	□	
□他院に受診・処方された薬	□	

【問題点に対するアセスメントと介入、その他の報告事項】

返信欄

(病院→薬局)

□報告内容を確認いたしました。

□提案の内容を考慮し、以下のような対応にいたします。

年　　月　　日　　医師名：

日本心不全学会・日本薬剤師会版