

様式 1

北区国保 多剤・重複服薬支援事業
薬剤服用歴管理支援票

患者No.

相談日 年 月 日 () : ~ :

薬局名 担当薬剤師名

電話番号 ()

氏名	フリガナ		住所	〒	—
	昭・平 年 月 日生 () 歳		電話	()	
主訴 (相談目的や困っていること等)					
◆既往歴		◆患者の体質 胃が痛い・下痢しやすい・便秘しやすい・不眠 皮膚過敏・喘息・花粉症・アトピー・蕁麻疹 鼻炎・結膜炎・光線過敏 その他 ()			
		◆認知機能低下 : 有 ・ 無 ・ 年齢応			
◆アレルギー歴 (無 ・ 不明 ・ 有) 特に気を付けるアレルギー: 薬物アレルギー (薬品名:) 食物アレルギー (食品名:) ハウスダスト (ほこり・ダニ・毛 (犬・猫)) その他 ()		◆生活像 (薬剤との関連) 家族構成 : 独居 ・ 同居 生活リズム : 整 ・ 不整 定期通院先 : 有 ・ 無 薬の管理者 : 本人・同居の配偶者・同居の () その他 () 車の運転 : アルコール : タバコ : 仕事 : 無 ・ 有 妊娠 : 無 ・ 有 授乳中 (年 月時点) : 無 ・ 有 その他			
◆副作用歴					
◆現在の服用状況 ☐ 通知 (別紙) 参照 ☐ お薬手帳 ※必要時コピー添付 ☐ その他 ()		◆併用薬 (処方薬・OTC)			
◆調剤方法など (特記事項)					

服薬支援管理の目標 ※指導や相談内容は裏面にご記入ください。

1	処方数の減少 (重複の改善)	該当・非該当	目標の内容
2	処方数の減少 (多剤の改善)	該当・非該当	目標の内容
3	併用禁忌の改善	該当・非該当	目標の内容
4	服用方法の改善	該当・非該当	目標の内容
5	その他 ()	該当	目標の内容

患者氏名

相談日 相談方法	処方月日 調剤月日	医療機関名 処方医名	目標 番号※	処方内容・患者確認事項・ 指導及び疑義照会の内容・支援内容等	薬剤師名
対面 ・ 電話					
対面 ・ 電話					
対面 ・ 電話					
対面 ・ 電話					
対面 ・ 電話					
対面 ・ 電話					

※目標番号

1. 処方数の減少（重複の改善） 2. 処方数の減少（多剤の改善） 3. 併用禁忌の改善 4. 服用方法の改善 5. その他