

病院における高齢者のポリファーマシー 対策の始め方と進め方（案）

<様式事例集>

目 次

様式 01	高齢者薬物療法適正化委員会規程 P. 1 国立長寿医療研究センター
様式 02	ポリファーマシー対策チーム運営規則 P. 4 国立長寿医療研究センター
様式 03	持参薬鑑別書 P. 8 国立長寿医療研究センター
様式 04	東大方式持参薬評価テンプレート P. 10 東京大学医学部附属病院
様式 05	ポリファーマシー報告トレーシングレポート P. 12 東北大学病院
様式 06	お薬手帳を用いた情報提供の例 P. 14 九州病院
様式 07	訪問薬剤管理指導報告書 P. 17 三豊総合病院
様式 08	施設間情報提供書 P. 19 九州病院
様式 09	薬剤管理サマリー P. 22 日本病院薬剤師会
様式 10	薬剤管理サマリー P. 25 三豊総合病院
様式 11	介入状況報告書 P. 27 三豊総合病院

※様式の提供主体を各様式の下部に記載する。

様式 01

高齢者薬物療法適正化委員会規程
(国立長寿医療研究センター)

国立長寿医療研究センター高齢者薬物療法適正化委員会規程

(目的)

第1条 この規程は、国立長寿医療研究センターの病棟あるいは外来において、ポリファーマシー*に関連する薬物関連問題を適正化し、薬物療法が安全に施行できるようにすることを目的とする。

*ポリファーマシーは、6剤以上など一律の薬剤数で対応する患者を規定するのではなく、厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)に準じ、「薬物有害事象、服薬アドヒアランス不良、不要な処方、あるいは必要な薬が処方されない、過量・重複投与など薬剤のあらゆる不適正問題を含む概念」とする。

(高齢者薬物療法適正化委員会の設置)

第2条 前条に定める目的を達成するため、高齢者薬物療法適正化委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

- (1) 委員会の委員長は病院長が指名する者とする。
- (2) 委員会は医師6名、看護部2名、薬剤部3名、栄養管理部1名、リハビリテーション科部1名、医療安全推進部1名、在宅医療・地域医療連携推進部1名、医事課1名の14名で構成し、委員は委員長が指名した者とする。委員の任期は1年とするが再任は妨げない。
- (3) 委員長は会務を統括し、会議を主催する。
- (4) 審議内容により委員長が指名する者を参加させることができる。
- (5) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - 一 ポリファーマシー対策のための調査・研究に関すること。
 - 二 ポリファーマシー対策にかかる以下の必要事項に関すること。
 - ① 服薬状況調査に関する事項
 - ② 薬物有害事象の発生状況の調査
 - ③ その他ポリファーマシー対策等に関すること。
- (6) 委員会は年1回開催することとし、委員長が招集する。ただし、委員長が必要と認める場合は、臨時に開催することができる。
- (7) 委員会は委員の過半数の参加をもって成立する。
- (8) 委員会の庶務は薬剤部が行うものとし、委員会で審議された事項について記録し、保管する。議事録の保管期間は3年とする。

(ポリファーマシー対策チームの設置)

第3条 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的にポリファーマシー対策を行う組織として、院内にポリファーマシー対策チームを設置する。

- (1) チームのチームリーダーは委員会の委員長が兼任する。

- (2) チームメンバーは、老年内科部、循環器内科部、整形外科部、リハビリテーション科部、代謝内科部、看護部、薬剤部、管理栄養部の中から委員長が指名した者で構成する。
- (3) ポリファーマシー対策チームカンファレンスは、原則として第4週を除き、週1回の定例会とする。ただし、必要に応じ、臨時ポリファーマシー対策チームカンファレンスを開催することができる。
- (4) ポリファーマシー対策チームの所掌事務は以下のとおりとする。
 - 一 病院のポリファーマシーに関する情報収集。
 - 二 ポリファーマシー対策等の対策立案と実施の推進に関すること。
 - 三 ポリファーマシー対策のための患者及び職員への啓発と教育の推進に関すること。
 - 四 ポリファーマシー症例に対する対応の提言等に関すること。
 - 五 その他、チームリーダーが必要と認める事項に関すること。
 - 六 その他、委員会が必要と認める事項に関すること。
- (5) ポリファーマシー対策チームカンファレンスの開催連絡、記録及びその他の庶務は、薬剤部が行う。

附 則 この規程は、令和2年7月1日から施行する。

様式 02

ポリファーマシー対策チーム運営規則
(国立長寿医療研究センター)

ポリファーマシー対策チーム運営要領

【目的】

ポリファーマシー対策チームは院内の薬物療法適正化、特にポリファーマシーに関して情報収集・監視・教育・指導および介入の役割を担う。

【構成】

ポリファーマシー対策チームは、老年内科（代謝内科を含む）、循環器内科、リハビリテーション科、薬剤部、看護部、栄養管理部から指名されたメンバーで構成される。

【運営】

チーム運営に関する事務局は薬剤部が担当する。チームリーダーは、〇〇とする。
院内のポリファーマシー患者に対するカンファランスを行い、薬物有害事象やアドヒアランスの不良などポリファーマシー関連する問題に対して状況を把握し、主治医に対し助言を行う。主に薬剤部で院内のポリファーマシー患者に対する監視を行い、適宜カンファランスを行うものとする。また、必要に応じてコンサルテーション等に応じることとする。また、年間の処方動向などを把握するとともに院内での有害事象の発生状況の動向を把握することとする。

【ポリファーマシーについて】

院内で対応するポリファーマシー患者は、6剤以上など一律の薬剤数で対応する患者を規定するのではなく、厚生労働省 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）に準じ、「薬物有害事象、服薬アドヒアランス不良、不要な処方、あるいは必要な薬が処方されない、過量・重複投与など薬剤のあらゆる不適正問題を含む概念」として捉え、多剤併用患者の中でも薬が害をなしている患者に対応することとする。

問題のあるポリファーマシー例

- ・薬物有害事象の発現・処方カスケード
- ・10剤以上服用（Super-polypharmacy）
- ・一次予防・対症療法の漫然処方
- ・処方意図が不明な薬の存在
- ・必要な薬が処方されていない
- ・服薬アドヒアランスの低下
- ・患者が処方を欲する場合など

【カンファランス】

第4週の火曜日を除く、毎週火曜日 8:45～ 症例カンファランス

・ポリファーマシー患者に対する処方提案

【ポリファーマシー対策チーム運営会議】

年1回 毎年5月3週火曜日

年度で対応した患者数と処方変化及びチーム運営に関する内容を協議する。

【各メンバーの役割】

老年内科

① 総合診療科としての処方に対する包括的なアプローチ

Multimorbid な患者における処方の優先順位の決定、年齢に応じた 処方量の変更、エンドオブライフを見据えた治療方針

② 高齢者総合機能評価（認知機能やフレイルなど）

認知機能やフレイル、サルコペニアの存在による処方の変更

③ 他科との連携に関して

院内他科、院外施設との連携、啓発

④ 退院先（在宅・施設）との連携に関して

退院支援との連携

循環器内科

① 循環器疾患診断の妥当性に関する評価・・・不適切処方薬の中止

② 循環器系薬剤内服による治療意義の判定・・・治療薬の変更や中止

③ 循環器系薬剤内服による治療効果判定・・・無効薬の中止や変更

④ 循環器系薬剤内服による有害事象対応・・・中止や代替薬への変更

リハビリテーション科

① 理学療法：歩行や座位などの身体機能に関する評価、訓練、運動時のバイタルサインの状況把握

② 作業療法：ADL(日常生活動作) の評価、認知機能の障害の程度の把握

③ 言語聴覚療法：嚥下機能の評価と評価に基づく剤形の選択、経口からの服薬に関する摂食嚥下の状況把握

④ 日常生活に必要な動作や認知機能、摂食嚥下における服薬の影響の有無、食事、服薬方法等を含め入院中、退院後の生活スタイルの状況に対する情報提供及び介入

看護師

① 服薬管理の際に問題となる患者のADLや認知機能に関する情報収集

② 本人や管理者となりうる家族や介護者を含めた生活環境、社会的背景などの情報収集

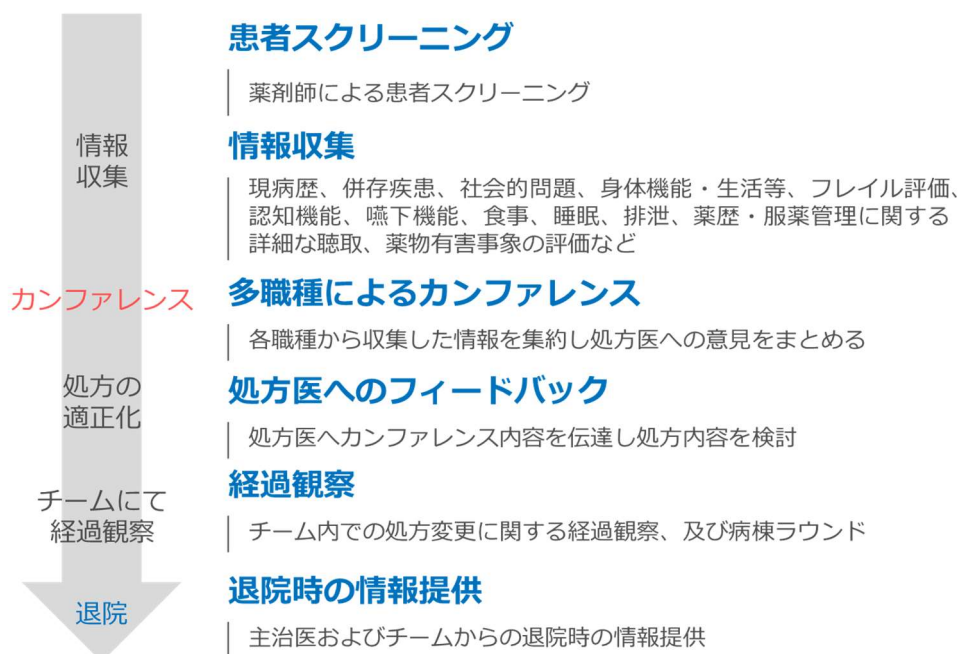
- ③ 服薬に関連した有害事象の観察(バイタルサイン、体重計測 etc)
- ④ 入院中の患者の生活(主に睡眠、排泄)に関する情報(服薬に関する患者や家族の思い、退院先や退院後に関する情報)

栄養管理部

- ① 治療食による管理において投薬治療が削減できるケースについて検討、提案。
- ② 栄養補助食品の利用などから、改善可能な例について検討、提案。
- ③ 必要に応じて、栄養サポートチームや摂食嚥下チーム等と連携。

薬剤部

高齢者薬物療法適正化チームの活動流れ



【議事録などの保管に関して】

議事録などチームの運営に関わる書類は、電子カルテ内の [redacted] に保管するものとする。

様式 03

持参薬鑑別書

(国立長寿医療研究センター)


■持参薬評価

薬剤師：

病棟： ID：
 名前： 様

副作用歴	○なし ○あり (<input type="text"/>)
アレルギー歴	○なし ○あり (<input type="text"/>)
一般用医薬品・サプリ	○なし ○あり (<input type="text"/>)
お薬手帳の活用	○なし ○あり (持参) ○あり (未持参)
薬剤管理方法	○自己管理 ○自己管理+家族の支援 ○家族管理 ○その他
入院目的	○眼科, 歯科, 短期検査目的 ←該当する場合、聴取はここまでで結構です。

かかりつけ薬局 どの医療機関の処方箋でも同じ薬局から薬をもらっていますか？
 ○もらっている ○決まった薬局には行っていない

調整希望 患者や家族から服薬困難の訴えや薬剤調整
 ○希望あり ○希望なし  **調整希望欄**

生活状況 ここ半年の間に転倒しましたか？ ○なし ○あり
 ここ半年の間に緊急（予約外）で病院を受診しましたか？ ○なし ○あり

処方機関 処方機関数 施設 【○不明の場合はチェック】
 処方機関名：

薬剤総合評価
 入院時の内服薬剤数 種類
 （頓用薬や服用4週間未満の内服薬を除き、同一銘柄は1種類と計算）
 ○65歳以上で、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤あり
 ○服薬管理能力の低下あり（認知力低下や視力障害、難聴、手指の機能障害など）
 ○同効薬の重複投与の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり
 ○効果や副作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり
 ○薬物相互作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり
 ○患者の疾患や肝・腎機能などの観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり 【自動入力】個別化eGFR：

薬剤調整に関する検討の必要性
 ○なし ○あり

上記該当項目に関する詳細



薬剤総合評価欄

様式 04

東大方式持参薬評価テンプレート
(東京大学医学部附属病院)

■持参薬評価テンプレート（東京大学医学部附属病院作成）

持参薬	
一般用医薬品・サプリ	
副作用歴	
アレルギー歴	
食品との相互作用	
お薬手帳の活用	○あり（持参） ○あり（未持参） ○なし
かかりつけ薬局	
薬剤管理方法	○自己管理 ○自己管理+家族の支援 ○家族管理 ○その他
特記事項	
薬剤総合評価	<p>入院時に 6 種類以上の内服薬を服用しており、かつ下記の 1 つ以上の項目に該当する場合は、医師とともに多剤併用に関する薬剤調整の必要性について協議する。</p> <p style="text-align: center;">薬剤調整に関する検討の必要性 ○あり ○なし</p> <p>入院時の内服薬剤数 <input type="text"/> 種類 <small>（頓用薬や服用 4 週間未満の内服薬を除き、同一銘柄は 1 種類と計算）</small></p> <p>○患者や家族から服薬困難の訴えや薬剤調整の希望あり</p> <p>○65 歳以上で、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤あり</p> <p>○服薬管理能力の低下あり（認知力低下や視力障害、難聴、手指の機能障害など）</p> <p>○同効薬の重複投与の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり</p> <p>○効果や副作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり</p> <p>○薬物相互作用の観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり</p> <p>○患者の疾患や肝・腎機能などの観点から、多剤併用に関して検討対象となる薬剤あり</p> <p>上記該当項目に関する詳細</p>



薬剤総合評価欄

様式 05

ポリファーマシー報告 TR
(東北大学病院)



東北大学病院 御中

報告日: 2020年 月 日

服薬情報提供書(患者の多剤併用・重複投薬等に係る報告)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地:
交付年月日 2020年 月 日	電話番号:
処方No.	FAX番号:
患者ID: 患者名: 様	担当薬剤師名: <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非 印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	
MMWIN関連情報(<input type="checkbox"/> MMWIN登録患者(<input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> カルテ情報 <input type="checkbox"/> その他()) * : 当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。	

下記の通り多剤併用・重複投薬等の状況についてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

①【受診中の医療機関、診療科等に関する情報】				②【現在服用中の薬剤一覧】			
番号	保険医療機関名	診療科	処方医氏名	効能効果	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始時期	①の番号
1							
2							
3							
③【重複投薬等に関する状況】							
①の番号	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始日					
④【副作用の恐れがある患者の症状及び関連する医薬品名】							
①の番号	症状	関連する医薬品名					
【上記内容補足・その他特記事項】							
【薬剤師としての所見・提案事項】							

このレポートはMMWINに登録済みです。

様式 06

お薬手帳を用いた情報提供の例
(九州病院)

退院時のお薬について

様
皮膚科

()
8階南病棟

退院日 :
薬剤師名 :
医師名 :

退院時処方

退院時にお持ち帰りになるお薬と内容

バイアスピリン錠 100mg 1T
アムロジピンOD錠 2.5mg 1T
フェブリク錠 20mg 1T
[糖]グリメピリドOD錠 1mg 2T
1日1回：朝食後

[糖]メトホルミン錠 250mg 2T
1日2回：朝夕食後

ウルソデオキシコール酸錠 100mg 3T
1日3回：朝昼夕食後

キプレス錠 10mg 1T
1日1回：夕食後

アクトネル錠 17.5mg 1T
1日1回：起床時（火）

9/19～
レバミピド/Δ錠 100mg 1T 1日1回：朝食後

8/30～（9/7～増量）
酸化マグネシウム錠 330mg 2T 1日2回：朝夕食後

10/10～
カリメート 散(5g/包) 3包 1日3回：朝昼夕食後

中止・開始薬
その理由

お薬の変更点とその理由

- ★制酸剤による貧血悪化の影響を考慮され、タケキャブ⇒レバミピドへ変更となりました。
- ★高K血症に対して、カリメートが開始となりました。
- ★高K血症持続のため、バナナ(便秘予防)中止⇒酸化マグネシウムへ変更となりました。

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 093-641-5111

〒806-8501 福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1

退院時のお薬について

皮膚科 様

()
8階南病棟

退院日 :
薬剤師名 :
医師名 :

退院後の服薬上の注意点

別紙参照

酸化マグネシウムは排便状況に応じて調節ください。

アレルギーの有無

アレルギーの有無

有 無

副作用の有無

薬剤副作用の経験の有無

有 無

調剤上の工夫

一包化 (酸化マグネシウム、血糖降下薬は別包)

調剤上の工夫 (一包化、別包、粉剤の有無など)

その他 (特記すべき事項)

カリウム
[mmol/L]
2018/11/05 4.9 ↑
2018/11/16 4.4

その他(特記すべきこと)

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 093-641-5111

〒806-8501 福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1

様式 07

訪問薬剤管理指導報告書

(三豊総合病院)

訪問薬剤管理指導報告書

病院 _____ 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 先生侍史 _____ 訪問日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 0 _____ 様の訪問薬剤管理事項について連絡申し上げます。

現住所					保険薬局 名称・所在地					
生年月日	1900/1/0									
性別	0	年齢	0	歳						
電話番号					電話番号			FAX番号		
介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				担当薬剤師					印

(主治医・多職種)依頼書の要約	
訪問の目標	
目標達成のためにやるべきこと	

既往歴 現疾患		薬剤管理者	(自己管理・家人管理・その他)	
他科受診	有り()・無し	薬剤管理状況	(薬袋・配薬ボックス・お薬カレンダー・その他)	
併用薬品	有り()・無し	調剤方法	[一包化(完全分包・別包あり)・粉碎・簡易懸濁・その他]	
サプリメント・嗜好	有り()・無し	キーパーソン	配偶者・娘・息子・ケアスタッフ・その他()	
生活環境	[医療機関・自宅(独居)・自宅(夫婦二人)・自宅(複数世代と同居)・施設・その他()]			
各種症状の確認	味覚異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		胃部症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		下痢症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	脱水 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		便秘症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	その他(浮腫や口腔乾燥などの身体症状)			
	使用した評価ツール		フレイルからだチェック(口使用(*別途添付) <input type="checkbox"/> 使用せず) その他()	
以前よりできなくなったことがある(ADL)				

指導内容	説明・指導対象者 本人・配偶者・娘・息子・ケアスタッフ・その他()		

報告事項	処方変更	あり ・ なし	服薬遵守率	約 % (処方日数	日のうち残薬	日分)

備考欄

様式 08

施設間情報提供書
(九州病院)

施設間情報提供書

御中

【情報提供元施設】

フリガナ		名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院
患者名		所在地	〒806-8501 福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1
性別		電話番号	
生年月日		FAX番号	
		薬剤師名	

当該患者さんに交付された文書
 薬剤情報提供書 その他()

診療科/担当医/入院期間
 【入院期間】:
 【診療科】:
 【主治医】:
 【担当医】:
 【老年内科】:

入院目的(疾患名やその治療・手術での入院、検査入院、指導入院 等)
 右大腿骨頸部骨折(5/1 右BHA施行)

経過(検査結果推移や退院後フォローが必要な内容)

当院では、老年内科(循環器内科)医師・整形外科医師と協働し、入院中に薬剤総合評価を実施しています。この度、患者様のご年齢・身体機能・生活状況等を考慮した服用薬の見直しを検討致しましたのでご報告させていただきます。当院入院中は、心療内科の医師もフォローし、経過を観察されていました。

- ▼ **リンゼス錠**0.25mg 1錠
1日1回: 朝食前
- ▼ **パリエット錠**10mg 1錠
1日1回: 朝食後
- ▼ **レミニール錠**4mg 2錠…(★1)
1日2回: 朝夕食後
- ▼ **メチコバル錠**500μg 3錠…(★2)
ガスモチン錠5mg 3錠…(★2)
1日3回: 毎食後
- ▼ **ペオーバ錠**50mg 1錠…(★2)
1日1回: 夕食後
- ▼ **カロナール錠**200mg 3錠…(★3)
1日3回: 毎食後
- ▼ **ボラミン錠**2mg 2錠…(★2)
1日2回: 朝夕食後(4/20~10日分)

処方見直しを行った旨の記載

【コメント】
 ★1.レミニール中止
 症状コントロール不良、情緒不安定であることから心療内科医師の指示で中止となりました。医師よりご家族へ説明され、了承を得ています。
 ★2.メチコバル・ガスモチン・ペオーバ・ボラミン中止
 症状ないため、中止となっています。中止後に問題となる症状は認めません。

※記載内容等で不明な点がございましたら、上記情報提供施設までご連絡下さい。

処方変更・減薬した理由

施設間情報提供書

御中

★3.カロナール中止
術後は継続していましたが、疼痛軽減しており終了となりました。

【退院時内服薬】

リンゼス錠0.25mg 1錠
1日1回:朝食前

ネキシウムカプセル20mg 1C
1日1回:朝食後

セレニカR顆粒 600mg(成分量として)
トラゾドン塩酸塩錠25mg 1.5錠
ジプレキサ錠2.5mg 1錠
ジプレキサザイデイス錠5mg 1錠
1日1回:夕食後

入院中、せん妄・興奮状態が続き、心療内科より薬剤追加
減に勝手ながら、入院中は上記処方内容で継続させて頂き
今後、在宅へ戻られた際には、再度ご検討頂けますと幸いです。

処方変更・減薬した理由

禁忌薬剤

なし

アレルギー歴

湿布でかぶれあり

副作用歴

薬剤性パーキンソン(原因薬剤不明)

上記項目発生時経緯

なし

薬歴情報

なし

調剤上の留意点(粉砕・別包 等)

特になし

服薬状況

【管理者】家族(入院中は看護師管理)

経過

不穏時:リスベリドン0.5mg、不眠時:クエチアピン12.5mg

特記事項(TDM、検査値、服薬指導時注意事項 等)

当院退院時点の情報をかかりつけ薬局()へ提供しています。

※記載内容等で不明な点がございましたら、上記情報提供施設までご連絡下さい。

様式 09

薬剤管理サマリー

(日本病院薬剤師会)

薬 剤 管 理 サ マ リ ー

御中

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。

生年月日	 	歳	性別	 	身長	 	cm	体重	 	kg
入院期間	 	～	 		 	日間		担当医	 	

基本情報			該当薬剤		発現時期		発現時の状況等 (検査値動向含む)				
	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり									
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり									
腎機能	SCr		mg/dL	eGFR		mL/min/1.73m ²	体表面積 (DuBois式)			m ²	
その他必要な検査情報											
入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他 ()										
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻)										
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他										
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他										
退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()										
一般用医薬品・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()										

入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関： _____	退院時処方	<input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

特記事項	<small>※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)</small>	

投与方法に注意を要する薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<small>※下記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：ドネパシル、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。</small>
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※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。

病院 〒●●●-●●●● 住所、電話番号等を記載してください	薬剤師 TEL ●●-●●●●-●●●● FAX ●●-●●●●-●●●●
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

作成日

薬剤管理サマリーについて（返書）

病院

担当薬剤師

先生

拝啓 平素より大変お世話になっております。

貴院発行の 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、今後情報共有が必要と思われる事項等ありましたらご記入ください。

具体的に：

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づ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。

薬局

〒×××-××××

住所、電話番号等を記載してください

薬剤師

T E L ●●-●●●●-●●●● F A X ●●-●●●●-●●●●

様式 10

薬剤管理サマリー
(三豊総合病院)

薬剤管理サマリー

更新日 1900/1/0

担当薬剤師 0 印

患者ID	0	性別	0	生年 月日	1900/1/0	入院日 入院日	予定退院日 退院日	入院 期間		診療科 診療科	
氏名	0	様		(歳ヶ月)		身長 cm	1900/1/0	体重 kg	1900/1/0	担当医 氏名	
管理状況	<input type="checkbox"/> 自己	<input type="checkbox"/> 看護師	次回当院 予約日	1月0日	退院時日数		定期内服数		体表 面積	m2	
薬物アレルギー・副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり									
調剤形態	<input type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> その他 ()						
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> その他 ()								
退院後の予定管理者	<input type="checkbox"/> 自己	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医療介護スタッフ	<input type="checkbox"/> その他 ()							
退院後の生活環境	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 自宅(独居)	<input type="checkbox"/> 自宅(夫婦二人暮らし)	<input type="checkbox"/> 自宅(複数世代と同居)	<input type="checkbox"/> 施設						
	<input type="checkbox"/> その他 ()										
入院後の追加薬剤:					入院後の中止薬剤:						
特記事項(退院後の注意事項・投与方法に注意を要する薬剤等)											
退院後の主な注意点 (複数選択可)											
<input type="checkbox"/> 副作用モニタリング <input type="checkbox"/> 処方変更に伴う薬学的評価 <input type="checkbox"/> 薬剤投与方法 <input type="checkbox"/> フレイル・低栄養 <input type="checkbox"/> 生活環境 <input type="checkbox"/> その他()											
服用管理の注意点 (複数選択可)											
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 残数ばらつき <input type="checkbox"/> 自己調整 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 薬への不安 <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 問題なし											
入院時処方内容(持参薬)					退院時処方内容						
■■■ 内服薬・外用薬 ■■■					■■■ 内服薬・外用薬 ■■■						
ご不明な点は当院薬剤部までご連絡下さい 三豊総合病院 薬剤部 〒769-1695 香川県観音寺市豊浜町姫浜708 TEL 0875-52-3366(代)/FAX 0875-52-6128											

様式 11

介入状況報告書
(三豊総合病院)

FAX:三豊総合病院薬剤部 0875-52-6128

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

三豊総合病院 御中

報告日 _____年 _____月 _____日

返書(介入状況報告書)

診療科	科			保険薬局 名称・所在地	
医師名	先生御侍史				
院内担当薬剤師	0				
患者ID	0	電話番号		FAX番号	
患者名	0	担当薬剤師	印		
入院日	退院日	この情報を伝えることに対して患者様の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない			
入院日	退院日	<input type="checkbox"/> 患者様は医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるので報告します。			

退院時に情報提供が必要と判断した患者様です。細やかなフォローアップお願い致します。

【管理者、調剤形態、生活環境に変更がありましたら、お知らせください。】
 変更なし 変更あり ()

◆ 退院時の定期内服数 0 剤 現在の定期内服数 剤 (頓服・貼付剤・服用日数4週未満は除く)

【退院後から現在の服用状況について確認をお願い致します。(複数選択可)】

薬の飲み忘れがあった 薬の使用方法に関して気に留めていない
 具合の良いときに、薬を休んでしまった 薬を飲んで具合が悪くなり、服用をやめてしまった
 問題なし

【評価・対応】

副作用モニタリング 処方変更に伴う薬学的評価 薬剤投与方法 フレイル・低栄養
 生活環境 飲み忘れ 残薬 残数ばらつき 自己調整
 身体機能の低下 認知機能の低下 薬への不安 生活習慣 ポリファーマシー

上記項目について、以下の様に評価・対応しました。

問題なし 問題あり
 追加対応 ()

【身体所見】可能な範囲で記入をお願いします。
 体重 _____kg 血圧 _____mmHG 脈拍 _____/分

【報告および提案事項】

- 患者の問題点は解決しましたので、介入・報告を終了します。
- 患者の問題点に対し、今後も引き続き介入・報告をしていきます。