薬剤調整報告書

令和　　年　　月　　日

医療機関名：

担当医：　　　　　科　　　　　　　　殿

　　　　　　　　介護老人保健施設の名称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名：

　　　　　　　　　　　　　　薬剤師氏名：

いつもお世話になっております。

この度、ｘｘ様が当介護老人保健施設に入所されました。

ご提供いただいた診療情報をもとに、定期処方薬について処方していく予定ですが、

・複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性

・病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動

等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございますが、処方経緯等から変更すべきではない薬剤がある場合など、当入所者の薬剤調整について、指示等ございましたら、（医師名　又は　薬剤師名）にご連絡いただければ幸いです。