

薬 剤 管 理 サ マ リ ー (小児版)

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 ヶ月 性別 身長 cm 体重 kg 体表面積 (DuBois式) m²
 入院期間 ~ 日間 担当医

		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	禁忌薬、及び患者が過去に経験した副作用及びアレルギーについて記載対象薬剤や症状などが判明している場合には、いつ・どのような症状があったか併せて記載		
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			
一般用医薬品・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [<input type="text"/>]			
栄養状況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 一般ミルク <input type="checkbox"/> 特殊ミルク [<input type="text"/>] <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>]	特殊ミルクや経腸栄養剤で不足する栄養素や離乳食開始遅れの要因等詳細は特記事項へ		
必要な検査情報	腎機能、肝機能を含め必要と思われる最新の検査値 (検査日)			
基本情報	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 保護者管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>]		
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>]		
	調剤方法 (賦形や倍散ルールも含む)	特殊な調剤方法、ケトン療法における賦形剤使用の制限、乳糖不耐症への対応など詳細に記載		
	服用状況	<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 [<input type="text"/>] 入院前の服用状況を記載		
	剤形の嗜好	<input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 水剤 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 特記事項 [<input type="text"/>] 経口摂取、錠剤内服経験の有無など		
	服用上の工夫	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> とりみ・ゼリー <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>] 単シロップ、フレーバーによる矯味な		
	服薬指導状況	<input type="checkbox"/> 本人 (理解度: 良好・不良) <input type="checkbox"/> 保護者 (理解度: 良好・不良) <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>] 発達・知的レベルを含めたアドヒアランスの評価や本人への指導内容詳細は特記事項へ		
	退院後の服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 家族 <input type="checkbox"/> その他 [<input type="text"/>]		
学校等と共有が必要な情報	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒「あり」の場合は詳細を特記事項に記入			
入院時常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒別紙参照	退院時処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 特記事項に記載 <input type="checkbox"/> 退院処方に薬情添付	
入院前後での処方変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒「あり」の場合は詳細を特記事項に記入			

特記事項	※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載しています。(問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の変更点と変更後の患)			
	<p>他施設 (患者が次に薬物療法を受ける施設) の薬剤師等に伝えておく必要があると思われる事項を記載 薬学的問題点リストに沿って、入院中の薬物療法・手術等を含む治療経過、治療の有効性の評価、副作用発現の有無や薬剤の追加、減量、中止、休薬に至った経緯等を留意すべき検査値とともに記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適応外で使用されている薬剤や特別な用法・用量 (日本の添付文書外) で用いられている医薬品の処方目的・意図 ・患者・保護者への服薬指導上で注意すべき事項・指導状況 (例: 保護者の薬物治療に対する不安からの急薬歴、併用不可と伝えている薬剤や食品、病名告知の有無、本人への服薬指導の詳細、病識、薬の理解度、薬剤管理能力など) ・今後の入院・検査・追加治療の予定 ・頓用薬の使用のタイミング 			
投与方法に注意を要する薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		※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: ラモトリギン等)、漸減が必要な薬剤 (例: ステロイド等)、与薬時に注意が必要な薬剤 (例: 経管チューブが詰まりやすいことによる工夫等) を記載しています。貴施設における薬物療法の参考にして下さい。		
隔日投与の薬剤、発熱時対応が必要な薬剤、漸減・漸増プランが決まっている薬剤の今後の投与スケジュール、外来で血中濃度測定を行う薬剤など				

注意すべき薬学的モニタリングポイント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		※下記には継続的なモニタリングが必要となる事項 (成長や栄養状態などによる調整等) を記載しています。貴施設における薬学的管理や薬物療法を含めた療養生活の支援の参考にして下さい。		
<p>注意すべきモニタリングポイントについて記載 (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体重増加に合わせた用量調整が必要な薬剤 ・食事摂取不良となった際に栄養剤のみでは不足する栄養素 ・脱水や食事摂取不良に伴い、高カリウム血症や低血糖を起こす可能性のある薬剤 ・腎機能がさらに悪化した際に減量が必要な薬剤 				

<p>※</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急薬の疑い等、服薬管理上の問題点 ・成長や成人医療への移行に伴う、本人の薬剤管理能力、理解度確認の必要性 ・休薬している薬剤を再開する際の注意点、併用が必要な薬剤 				
---	--	--	--	--