

# ポリファーマシー解消のための服薬情報提供書

報告日	: 年 月 日	保険調剤薬局名:
処方せん交付日:	年 月 日	住所:
医療機関名:	_____	TEL:
診療科:	_____	FAX:
処方医師:	_____先生	担当薬剤師:
患者ID:	_____	患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない
患者氏名:	_____	<input type="checkbox"/> 患者家族からの同意を得た
生年月日:	年 月 日	<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、 治療上重要だと思われるので報告いたします。

## ・対象薬剤

薬効分類	: <input type="checkbox"/> 胃薬	<input type="checkbox"/> 下剤	<input type="checkbox"/> 抗アレルギー薬	<input type="checkbox"/> 去痰薬	<input type="checkbox"/> その他
薬剤名称	( )	( )	( )	( )	( )
処方医療機関	( )	( )	( )	( )	( )

## ・減薬提案の理由

- 同効薬の併用（例 PPI+防御因子増強薬、緩下剤+刺激性下剤）
- 重複投与（例 耳鼻科と皮膚科から処方された抗アレルギー薬）
- 現在症状のないため不要な処方、漫然とした投与
- 自己調節、頓用使用のため定期内服処方が不要
- 副作用発現の恐れがあるため
- その他

情報提供詳細（自由記載欄：薬学的観点、患者の減薬に対する反応・心情など）

## 返信欄

<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。
<input type="checkbox"/> 現状のまま継続し、経過観察します。
<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
医師名: