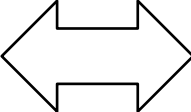


CKD療養指導に関する施設間情報連絡書(例:保険薬局 → 病院)

保険薬局名	〇〇薬局		病院名	公立学校共済組合九州中央病院
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇		FAX	092-541-9731
TEL	〇〇〇-〇〇〇〇		TEL	092-541-4936

患者氏名	〇〇 〇〇	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
保険医氏名	〇〇 〇〇	処方日	西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日

患者の同意 : あり なし(治療上有益・指導上必要のため)

連絡内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 指導内容 <input type="checkbox"/> 副作用疑い <input type="checkbox"/> 他院の処方内容 <input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> 患者からの質問内容 <input checked="" type="checkbox"/> 療養指導、腎機能に見合った薬物投与量等に関する問い合わせ <input type="checkbox"/> その他		
	返信: <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	送信日: 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局 薬剤師名: △△ △△ <input type="checkbox"/> 病院
<p>骨粗鬆症や膝痛のため、カルシウム、コンドロイチンなどのサプリメントを2ヶ月前から飲んでいるそうです。健康食品やサプリメントの摂取に関してはどのように指導されていますか？</p>			
<input type="checkbox"/> CKD療養指導に関する施設間情報連絡書を受信しました。(受信者名: )			

返信			
返信: <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	送信日: 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日	<input type="checkbox"/> 保険薬局 薬剤師名: 〇〇 〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 病院	
<p>自己判断で健康食品やサプリメントを摂取しないように指導しています。現在、血清Ca:9.6mg/dLですが、活性型ビタミンD<sub>3</sub>製剤も処方されていて高カルシウム血症の懸念もありますので、服用は中止するように指導をお願いします。医師にもサプリメント服用について報告いたします。</p>			
<input type="checkbox"/> CKD療養指導に関する施設間情報連絡書を受信しました。(受信者名: )			

最終対応		送信日: 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局 薬剤師名: △△ △△ <input type="checkbox"/> 病院
<p>現在服用しているサプリメントは中止するように指導しました。</p>			
<input type="checkbox"/> CKD療養指導に関する施設間情報連絡書を受信しました。(受信者名: )			