

## 薬剤変更等に係る情報提供書

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：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患	氏名		男・女
者	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	

傷病名		
<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>

<検討した内容>
----------

