

| | | | | |
|----------------|--|--|--|--|
| 患者氏名 | | | | |
| 施設 | | ➡ | | |
| 記載者 | | ➡ | | |
| 薬剤管理者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 服用方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 使用薬1 | 抗血小板剤 | | | |
| 服薬している 全てに☑ | <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> プレタール OD <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> シロスタゾール(後発品) <input type="checkbox"/> 服薬なし | <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> プレタール OD <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> シロスタゾール(後発品) <input type="checkbox"/> 服薬なし | <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> プレタール OD <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> シロスタゾール(後発品) <input type="checkbox"/> 服薬なし | |
| | 変更理由 | | | |
| | 備考 | | | |
| | 使用薬2 | 抗凝固剤 | | |
| | 服薬している 全てに☑ | <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> 服薬なし | <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> 服薬なし | <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> 服薬なし |
| | | 変更理由 | | |
| 備考 | | | | |