

## 睡眠薬ポリファーマシー外来紹介シート

病院名： \_\_\_\_\_ 科名： \_\_\_\_\_ 医師名： \_\_\_\_\_  
病院住所： \_\_\_\_\_  
病院連絡先：(TEL) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_  
診察希望日(第1希望： \_\_\_\_\_ 第2希望： \_\_\_\_\_ いつでも可) ※岡大受診歴：有・無  
☞ 2週間以降の木曜(15時30分～) お願いします (診察券 No： \_\_\_\_\_ )

患者氏名： \_\_\_\_\_ (旧姓) \_\_\_\_\_ 性別：男・女  
生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 連絡先(TEL)： \_\_\_\_\_  
身体疾患： \_\_\_\_\_ 精神科受診歴：有・無

内服中の薬：\*お薬手帳のコピーでも可

[ \_\_\_\_\_ ]

### ●睡眠薬の内服期間、飲み方

(薬剤名： \_\_\_\_\_ 内服期間： \_\_\_\_\_ 飲み方：毎日・時々)  
(薬剤名： \_\_\_\_\_ 内服期間： \_\_\_\_\_ 飲み方：毎日・時々)  
(薬剤名： \_\_\_\_\_ 内服期間： \_\_\_\_\_ 飲み方：毎日・時々)  
(薬剤名： \_\_\_\_\_ 内服期間： \_\_\_\_\_ 飲み方：毎日・時々)

### ●上記のうち、増量した薬があればその薬剤名と時期

(薬剤名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_ )  
(薬剤名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_ )

### ●減量・中止した薬とその理由

(薬剤名： \_\_\_\_\_ 理由： \_\_\_\_\_ )  
(薬剤名： \_\_\_\_\_ 理由： \_\_\_\_\_ )

### ●減量・中止・変更がうまくいかなかった理由をお書き下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

ご確認ください！

- リーフレットで患者さんに説明をおこなった  
 患者さんに問診票をお渡した