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週後以降の木曜（15時30分～）でお願いします　　　　**（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。

〔　　　　　　　　　　 　〕