

ポリファーマシー依頼

FAX 送信先：昭和大学病院薬剤部 03-3784-8453

FAX 送信先：東病院薬局 03-3784-8293

【注意】本依頼書は疑義照会ではありません。疑義照会は別途、疑義照会してください。
送信日 年 月 日（全送信枚数 本状を含め 枚）

ポリファーマシー検討依頼書

診療科	処方医
患者 ID	患者氏名 様
服用薬剤種類数（外用・頓服薬除く）（基準① 6種類以上）： 種類	
患者（もしくは家族）の処方内容見直しに関する同意（あり ・ なし）	

問題点項目（該当項目にチェックを入れてください）（基準② 1項目以上）

- 同種同効で重複している薬がある
- 対象となる症状がない
- 薬による有害作用がある
- 服用薬の有害作用に気付かず有害作用を抑える薬を追加使用している
- 治療期間に問題がある
- 効果がない
- 処方薬が多いことが原因でアドヒアランス不良である
- 他の同効薬と比較し、安価な薬がある（院外採用の範囲内）
- 75歳以上の患者に対し、中止を考慮すべき薬の使用あり
（高齢者の医薬品適正使用の指針（総論）医政安発 0529 第1号・薬生安発 0529 第1号）
- 患者から減薬の希望がある

依頼理由・補足情報（記載スペースが不足している場合には別紙で送信してください）

保険薬局名	電話
担当薬剤師	FAX