皮膚障害マネージメント連絡票　　Fax 番号：072-781-5569

日付（　　年　　月　　日）　　患者氏名（　　）
薬局（　　）　　薬剤師（　　）

チェックリスト
　以下の項目において行った項目の□に☑を記載してください。

□①皮膚の状態確認または Grade 判定
　注）Grade 判定は皮膚障害アセスメントツール・皮膚障害対策シートを利用してください

□②皮膚ケアの確認
　　（良好、不十分、不良）

□③皮膚ケアの教育・指導
　　（保湿、保清、保護、その他（　　））

□④皮膚障害に対する処方の疑義照会

□⑤皮膚障害に対する処方薬の説明・指導
　　（回数、塗る量、場所、順番、その他（　　））

※この用紙は疑義照会の有無に関わらず近畿中央病院まで必ず Fax したのち、破棄してください。