

入院時情報共有シート

作成日： 年 月 日

①

医療機関記入欄

医療機関名
薬剤師名
住所
電話
FAX
メール

○入院日： 年 月 日
・情報提供の目的(病院への情報提供等):
○患者基本情報
・氏名： 様 患者ID:)
・生年月日： 年 月 日(歳)
・性別： 男 女 その他
・家族・代理人氏名：
連絡先：

薬局様へ 以下太枠内をご記入のうえ、 月 日()までにご返答ください。
返答方法：電話 FAX メール その他：

②

薬局記入欄： の項目の情報提供をお願い致します。(※医療機関は必要な情報に✓)

項目	状況・詳細(保険薬局記入欄)
<input type="checkbox"/> 服用薬(入院前)	過去3か月～6か月(60～90日分)程度の使用薬剤、用法用量、投与日数、頓服・臨時薬 (<input type="checkbox"/> 別紙またはお薬手帳のコピーを参照)
<input type="checkbox"/> 調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包装 <input type="checkbox"/> その他(粉碎等:)
<input type="checkbox"/> 服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 管理状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(<input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ケース <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他:)
<input type="checkbox"/> 後発医薬品	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)
<input type="checkbox"/> アレルギー歴 副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤・食品など:) (時期・症状・程度:)
<input type="checkbox"/> コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(とろみ剤・補助ゼリー使用等の詳細:)
<input type="checkbox"/> 嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 →(<input type="checkbox"/> 粉が飲めない <input type="checkbox"/> 錠剤が飲めない <input type="checkbox"/> その他:)
<input type="checkbox"/> OTC・サプリ等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) <input type="checkbox"/> 不明

一詳細情報一

○生活スタイル
・食事：回数()
・嗜好品：飲酒(有 無) タバコ(有 無)
・運動： _____
○ADL・身体機能
・排泄状況： _____
・薬の自己管理能力 _____
○検査値等の補足 _____

○薬剤使用状況
・外用剤(貼付薬等)：貼付場所・使用部位()
・麻薬：服用時間・管理方法
()
・自己調節：
自己調節している薬の有無・内容()

住所：
電話：
メール：

薬局からの連絡事項

(本人の服薬希望、訪問薬剤管理の有無、退院後の連携に向けた確認事項などをご記入ください。)

返信日： 月 日 薬局名： 薬剤師名：