

退院時情報共有シート

作成日: 年 月 日

医療機関記入欄 ※以下、太枠内をご記入いただき、薬局へ情報提供をお願い致します。

医療機関名

薬剤師名

住所

電話

FAX

メール

○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

・身長/体重(/)

○入院期間: ~

○担当医氏名:

情報	項目	状況・詳細(医療機関記入欄)
入院概要	入院理由 (病名・既往歴)	
	治療経過	
医学的情報	アレルギー・副作用	副作用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名: 症状: アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:
検査データ	検査日:	SCr/ eGFR/ Ccr / AST / ALT / Alb / 検査値添付: <input type="checkbox"/> あり(別添資料参照) <input type="checkbox"/> なし
薬学的情報	調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎・簡易懸濁(開始日: / ~) <input type="checkbox"/> その他
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 病棟管理 <input type="checkbox"/> その他(
その他	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他()
処方	入院中の 処方変更	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 ※医師の処方意図、薬剤の評価、変更後の患者の状態について記載
薬局への依頼	薬局でのモニタ リング・指導	★以下をご確認のうえ、医療機関までご連絡ください。 報告方法: <input type="checkbox"/> 貴薬局使用のトレーシングレポート <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 所定の用紙 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 副作用モニタリング <input type="checkbox"/> 服薬遵守状況の確認 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> その他()
退院後の状況	今後の通院	<input type="checkbox"/> 当院継続通院 <input type="checkbox"/> 他院紹介(紹介先:)
	次回受診予定	<input type="checkbox"/> あり(月 日) <input type="checkbox"/> なし
	訪問薬剤指導 の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項	追記	

薬局様へ:本シートに関するフィードバックを令和 年 月 日までにお問い合わせいたします。

薬局記入欄

内容を確認しました。今後の経過について、必要に応じトレーシングレポート等で報告いたします

確認日: 月 日 薬局名: 薬剤師名