

# 退院後状況報告書

情報提供先医療機関名：

薬剤部門(担当薬剤師)：

提出日：20 年 月 日 ※再診1回目処方後に提出

(介入日：20 年 月 日)

薬局名	
薬剤師名	
所在地	〒
連絡先	TEL: FAX:

平素より大変お世話になっております。貴院発行の\_\_\_\_\_様(ID:\_\_\_\_\_生年月日:\_\_\_\_\_年 月 日)の「退院時情報共有シート」を受け取りました。情報提供ありがとうございました。継続的な薬学的支援のため有効に活用させていただきます。退院後の状況等についてご報告します。

入院時処方の有無：  有  無

## 1. 患者の状態評価(身体的・精神的状況)

 良好  ほぼ良好  やや不良  不良

(特記事項・理由： \_\_\_\_\_ )

## 2. 調剤方法および服薬管理者の変更

- 調剤方法の変更：  なし  あり

(変更前：  PTP  一包化  粉碎  簡易懸濁  その他/特殊： \_\_\_\_\_ )(変更後：  PTP  一包化  粉碎  簡易懸濁  その他/特殊： \_\_\_\_\_ )

- 管理主体の移行：  なし(本人管理)  あり

本人 →  ご家族  訪問薬剤師  訪問看護師  その他( \_\_\_\_\_ )  不明

## 3. 入院中に変更された薬剤への反応

- 体調変化の有無：  なし  あり( \_\_\_\_\_ )

- 副作用の有無：  なし  判断できない( \_\_\_\_\_ )  あり( \_\_\_\_\_ )

## 4. 病院へのフィードバックおよび連絡事項

報告項目	内容(具体的状況・調整結果など)
退院時処方との変更薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
患者聴き取りによる変更理由	
残薬調整の有無・日数	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処方日： 年 月 日 (調整日数： 日分)
その他連絡事項	

病院側からの返信希望：  有 ・  無