入院時情報共有シート

年　　　月　　　日

保険薬局名：

保険薬剤師名：

住　所：

電　話：

ＦＡＸ：

患者I D：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　様

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　（　　　　歳）

性　　別：　 □男　　　□女

|  |  |
| --- | --- |
|  | **保険薬局記入欄** |
| 服用薬（入院前）受診医療機関 | 別紙に記載（お薬手帳のシール貼付でも可）・使用薬剤（過去3ヶ月以内）ジェネリックメーカー・用法・投与日数・屯用・臨時薬の情報・自局以外の情報を把握している場合その情報 |
| 調剤方法 | □ＰＴＰ　□一包化調剤　□その他（粉砕等，調剤の注意点があれば別紙に記載） |
| 服薬管理者 | □本人　　□家族（　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー歴 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 副作用歴 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アドヒアランス | □良好　　□残薬日数変更歴有　　□不良（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 嚥下状態 | □良好　□不良→ □散剤が飲めない　□錠剤が飲めない　□その他（　　　　 ） |
| 一般用医薬品 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康食品サプリメント | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者背景生活スタイル等 |  |
| 中止薬の対応 | □一包化調剤から抜く　　　□事前の電話連絡の予定（　　　月　　　日）□その他の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【調剤薬局からの連絡事項】

【別　　紙】

使用薬剤（入院前）・受診医療機関　記入欄

|  |
| --- |
| 使用薬剤（過去３ヶ月以内）・用法用量・投与日数・調剤方法・その他 |
| ※ お薬手帳のシール貼付でも可。※ 自局以外の情報を把握している場合はその情報も記載して下さい。 |