

入院時情報共有シート

年 月 日

患者ID:	
患者氏名:	様
生年月日:	年 月 日
	(歳)
性別:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

保険薬局名:	
保険薬剤師名:	
住所:	
電話:	
FAX:	

	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	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化調剤 <input type="checkbox"/> その他（粉碎等、調剤の注意点があれば別紙に記載）
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 残薬日数変更歴有 <input type="checkbox"/> 不良（ ）
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良→ <input type="checkbox"/> 散剤が飲めない <input type="checkbox"/> 錠剤が飲めない <input type="checkbox"/> その他（ ）
一般用医薬品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
健康食品 サプリメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
患者背景 生活スタイル等	
中止薬の対応	<input type="checkbox"/> 一包化調剤から抜く <input type="checkbox"/> 事前の電話連絡の予定（ 月 日） <input type="checkbox"/> 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。