

退院時情報共有シート対応報告書

情報提供先医療機関名：
薬剤部門(担当薬剤師)

殿

年 月 日

保険薬局名：
保険薬剤師名：
住 所：
電 話：
F A X：
メール：

平素より大変お世話になっております。

貴院発行の _____ 様 (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。

◆調剤方法の変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	(_____ → _____)
◆入院中に変更した薬剤による体調変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	(_____)
◆退院後の状況	
他職種連携(服薬支援等).....	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
在宅訪問へ移行.....	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
お薬バッグの利用(在宅調整等).....	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
後発医薬品を利用.....	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◆その他連絡事項	