

退院時情報共有シート

年 月 日

薬局 御中

【情報提供元】医療機関名:

作成者:

電話:

FAX:

患者氏名 生年月日 年 月 日 (歳) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身長 (cm) 体重 (kg)	様 入院期間 ~ 担当医
入院理由	
副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
腎機能	年 月 日 SCr mg/dl eGFR mL/min/1.73m ² Ccr mL/min
その他の検査情報	年 月 日
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他 (粉砕等)
後発医薬品	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院後の薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 ()
退院後の状況	<input type="checkbox"/> 継続通院 <input type="checkbox"/> 別医療機関へ紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()
在宅訪問希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
服用薬	入院時の薬
	退院時処方
その他連絡事項	患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること (問題点・薬剤の評価・医師の処方意図・入院中の薬剤の追加・減量・中止で伝えたい内容等)