

患者氏名 記入日 年 月 日  
 (男・女) 年 月 日生 患者ID

|                    |       |    |  |                                   |
|--------------------|-------|----|--|-----------------------------------|
| <b>薬局情報</b><br>※必須 | 薬局名   |    |  |                                   |
|                    | 薬剤師氏名 |    |  | <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 |
|                    | 連絡先   | 住所 |  |                                   |

電話・FAX・mail

|                    |                    |   |  |                                 |                             |
|--------------------|--------------------|---|--|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>患者情報</b><br>※必須 | 1.お薬手帳             | <input type="checkbox"/> 持っている                              |  | <input type="checkbox"/> 持っていない | <input type="checkbox"/> 不明 |
|                    | 2.OTC              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |  | <input type="checkbox"/> 不明     |                             |
|                    | 3.健康食品<br>サプリメント   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |  | <input type="checkbox"/> 不明     |                             |
|                    | 4. 副作用歴、<br>アレルギー等 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |  | <input type="checkbox"/> 不明     |                             |
|                    | 5.生活上の問題点          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり     |  |                                 |                             |

6.自宅での服薬管理 自分 家族 その他 ( )

7.薬剤管理方法 ヒート 一包化 その他 ( )

**現在服用している医薬品一覧 ※必須** 必須 屯用・外用含めて記入をお願いします。

| No. | 医薬品  | 用法・用量     | 処方元  | 処方日    |
|-----|------|-----------|------|--------|
| 例1  | 〇〇〇錠 | 2錠 分1 朝食後 | 〇〇医院 | R4.4.1 |

お薬手帳のシール、お薬説明書でも可

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
| 1  |  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |  |
| 4  |  |  |  |  |
| 5  |  |  |  |  |
| 6  |  |  |  |  |
| 7  |  |  |  |  |
| 8  |  |  |  |  |
| 9  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

※がつけられている項目は必ずご記入ください

その他：残薬調整やポリファーマシーの提案、中止薬について

東近江総合医療センターからの依頼で情報提供を行うことを説明しました

〈病院記入欄〉

入院日 年 月 日 入院病棟

退院時情報共有シートの発行  済

| 受領   | カルテ入力 | データ入力                               | FAX送信 |
|--|-------|-------------------------------------|-------|
|  |       |                                     |       |
| <input type="checkbox"/> ~入院前日12:30<br><input type="checkbox"/> 入院前日12:30~<br>入院当日8:30<br><input type="checkbox"/> 入院当日8:30~ |       | <input type="checkbox"/> 面談後のため使用せず |       |