

患者氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 患者ID _____

薬局情報 ※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 _____

患者情報 ※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 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、 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	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
------------	-----------------------------	-----------------------------	--

7.薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> ヒート	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇〇〇	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 _____ 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 <input type="checkbox"/> 入院前日12:30~ 入院当日8:30		<input type="checkbox"/> 面談後のため使用せず	
<input type="checkbox"/> 入院当日8:30~			