

作成日

施設間薬剤情報提供書(病院 ⇄ 転院先施設、薬局)

御中

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	<input type="text"/>	歳	<input type="text"/>	性別	<input type="text"/>	身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg
入院期間	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>	日間	<input type="text"/>	担当医	<input type="text"/>				

	該当薬剤	発現時期	発現時の状況等(検査値動向含む)	
基本情報	禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	薬剤アレルギー・副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	肝機能	AST IU/L	ALT IU/L	
	腎機能	SCr mg/dL	eGFR mL/min/1.73m ²	体表面積(DuBois式) m ²
	その他必要な検査情報			
	入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日分配薬 <input type="checkbox"/> 1回ごとに配薬 <input type="checkbox"/> その他()		
	在宅での服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他		
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> HPN		
	調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他()		
	アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる(不良) <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他()		
	退院後の薬剤管理方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	一般用医薬品・健康食品等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (別紙添付)		

入院時常用薬(持参薬)	<input type="checkbox"/> 別紙あり 処方医療機関: _____ 常用薬(持参薬)と処方医療機関	現時点の処方薬	<input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【内服薬】 【外用薬】 【屯服薬】 【注射薬】
-------------	--	---------	---

特記事項	<p>※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、医師の処方意図等、入院中・在宅での薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容、投与方法に注意を要する薬剤/輸液ルート管理など)</p> <p>薬剤師からの情報共有</p>
------	---

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

(施設名)	(住所) 〒	(薬剤師)
	(TEL)	