

送信先： 香川県立中央病院

FAX : 087 - 802 - 1346

情報提供日： 年 月 日

## 入院時情報提供シート（薬局から）

香川県立中央病院 薬剤部DI室御中

薬局名：

(担当薬剤師： 先生)

薬剤師 氏名：

TEL：

FAX：

医療機関からの依頼に基づき、利用者（患者）情報を送付いたします。【送付枚数】本シート含めて 枚

## 1. 利用者（患者）基本情報

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日	年	月	日
副作用歴	薬剤名	症状	発現時期		
	情報元	<input type="checkbox"/> 本人から聴き取り <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 医師診断あり【治療歴】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	アレルギー歴		
副作用に対する薬剤師の意見					
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良【理由記載】 ( )				
薬剤管理状況	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理【管理者】		【管理方法】		
薬剤師として 伝えておきたい患者情報 ◆性格やこだわり、患者の 訴えや家族からの情報等					

## 2. 処方内容

最終調剤日	年 月 日	調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁	
最終調剤内容と調剤 方法における特記事項  【記載上の注意点】 ◆処方内容については、手 帳シールの貼付あるいは薬 剤情報提供書等の添付で可 ◆各薬剤の調剤方法が分か るよう記載して下さい (写真添付も可) ◆日付・色線・特殊印字に ついて記載して下さい	(記載欄が足りない場合は別紙を添付してください)			
自店舗の調剤薬以外で 把握している処方薬剤と 処方医療機関名	<input type="checkbox"/> あり 【薬品名】 _____ 【医療機関】 _____ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
一般用医薬品（外用薬含 む）・健康食品等	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			

## 3. カンファレンス等（薬局薬剤師からの希望）

退院時カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり/具体的な要望 ( )
退院時の情報提供について	<input type="checkbox"/> 希望あり