

薬剤適正使用のための施設間情報連絡書

(西暦) 年 月 日

御中

※全ての欄に記入する必要はありません。必要と考えられる情報の欄のみに記入ください。

ふりがな 患者氏名	様	情報提供元施設の所在地及び名称
性別: 生年月日:	入院予定日:令和 年 月 日	薬剤師氏名:
患者同意 <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上重要のため報告		
副作用歴・アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり		
処方内容(健康食品、サプリメント含む、当院以外の処方では処方目的) <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 情報提供書 <input type="checkbox"/> 別資料添付 (情報が多い場合、裏面貼付可)		
調剤上の留意点 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> ヒート <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 別包 <input type="checkbox"/> その他()		
服薬状況等 ①服薬介助 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要介助 → 介助者・キーパーソン() ②服薬ツール <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> 1日ボックス <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 専用お薬ボックス ③アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 () ④残薬調整 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他特記事項(処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項、患者要望等) <input type="checkbox"/> 減薬希望 <input type="checkbox"/> 先発医薬品希望 <input type="checkbox"/> 点眼液の用法・用量 <input type="checkbox"/> 貼付薬の貼付時間 <input type="checkbox"/> 自己注射・名称・単位 <input type="checkbox"/> 軟膏・塗布部位・混合薬の割合 <input type="checkbox"/> 薬情と異なる使用方法(頓用や調節薬)		