

# 入院時情報共有シート

年 月 日

医療機関名：  
 薬剤部門  
 （担当薬剤師）：  
 電話：  
 F A X：  
 メール：



保険薬局名：  
 保険薬剤師名：  
 住 所：  
 電 話：  
 F A X：  
 メール：

患者氏名： 様  
 生年月日： 年 月 日（ 歳）  
 性 別： 男 女

●医療機関（薬剤部門）担当薬剤師様：必要な情報に☑をお願いします。

医療機関記入欄	保険薬局記入欄
<input type="checkbox"/> 服用薬（入院前） 受診医療機関	別紙に記載（お薬手帳のシール貼付でも可） ・使用薬剤（過去3月内）・用法用量・投与日数 ・頓服・臨時薬の情報 ・自局以外の情報を把握している場合は記載
<input type="checkbox"/> 調剤方法	<input type="checkbox"/> P T P <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他（粉碎・一包化等調剤の詳細を連絡事項 or 別紙に記載）
<input type="checkbox"/> 服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
<input type="checkbox"/> アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
<input type="checkbox"/> 副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
<input type="checkbox"/> コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（ ）
<input type="checkbox"/> 嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → <input type="checkbox"/> 粉が飲めない <input type="checkbox"/> 錠剤が飲めない <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 薬剤の保管状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（ ）
<input type="checkbox"/> 後発医薬品	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 一般用医薬品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 患者背景・ 生活スタイル等	
<input type="checkbox"/> その他医療機関で 必要な項目  （項目を記載：）	

薬局からの連絡事項

【別紙】

使用薬剤（入院前）・受診医療機関 記入欄

受診医療機関	使用薬剤（過去3月内）・用法用量・投与日数・調剤方法
	<p>※お薬手帳のシール貼付でも可 ※自局以外の情報を把握している場合は記載</p>