

【保険薬局⇒保険医療機関（薬剤部門）】

入院時情報共有シート

情報提供先医療機関名：
薬剤部門(担当薬剤師) 殿

令和 年 月 日

保険薬局の所在地及び名称

名称：_____

住所：_____

電話番号：_____

FAX：_____

保険薬剤師氏名：_____

患者氏名： 生年月日： 年 月 日（ 歳） 性別： 男 ・ 女	個人情報保護に係る患者の同意について <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ている <input type="checkbox"/> 施設内掲示にて包括同意を得ている	
服用薬 (入院前)	受診医療機関	服用薬（過去3月内）※用法用量、投与日数
		※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
調剤方法	PTP ・ 一包化 ・ その他（粉砕等）	
服薬管理	本人 ・ 家族 ・ その他（ ）	
既往歴	なし ・ あり（ ）	
アレルギー歴	なし ・ あり（ ）	
副作用歴	なし ・ あり（ ）	
コンプライアンス	良好 ・ 不良（ ）	
後発医薬品	希望する ・ 希望しない	
一般用医薬品	なし ・ あり（ ） ・ 不明	
健康食品・サプリメント	なし ・ あり（ ） ・ 不明	
その他連絡事項		