

【保険薬局⇒保険医療機関（薬剤部門）】

退院時情報共有シート対応報告書

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： _____

平素より大変お世話になっております。

貴院発行の _____ 様の「退院時情報共有シート」を受け取りました。

情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

 退院後の状況等についてご報告します。

◆調剤方法の変更	なし ・ あり	(→)
◆入院中に変更した薬剤による体調変化	なし ・ あり	()
◆退院後の状況		
他職種連携（服薬支援等）	なし ・ あり	
在宅訪問へ移行	なし ・ あり	
お薬バッグの利用（在宅調整等）	なし ・ あり	
後発医薬品を利用	なし ・ あり	
◆その他連絡事項		

※個人情報保護に係る患者の同意について、いずれかにチェックをお願いします。

返信に当たり、

 患者の同意を得ている 薬局内掲示にて包括同意を得ている