

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

年 月 日

保険薬局名：
保険薬剤師名：
住 所：
電 話：
F A X：
メール：

平素より大変お世話になっております。

貴院発行の _____ 様 (生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) 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 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | (_____ → _____) |
| ◆入院中に変更した薬剤による体調変化 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | (_____) |
| ◆退院後の状況 | |
| 他職種連携(服薬支援等)..... | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 在宅訪問へ移行..... | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| お薬バッグの利用(在宅調整等)..... | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 後発医薬品を利用..... | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ◆その他連絡事項 | |