

【薬剤管理サマリー】

作成日： 年 月 日

提供先保険薬局名： 御中

次回外来受診日： 年 月 日

ID		情報提供元施設の所在地及び名称
フリガナ		広島県福山市御幸町大字上岩成148-13 公立学校共済組合 中国中央病院
患者氏名	様	電話： 084-970-2121
性別		FAX： 084-970-2125
生年月日	生(歳)	薬剤師氏名： 印

平素より大変お世話になります。
退院となる患者様の治療に関して情報提供させていただきます。持参されるお薬手帳の情報と併せてご参照ください。今後の薬剤指導にお役立ていただければ幸いです。
お手数をおかけしますが患者様が来局されましたら「保険薬局記入欄」に情報を記載頂き、FAXにて返信頂くようお願い致します。またFAX受信後1ヶ月来局がない場合もその旨をFAXでご連絡ください。

基本情報	副作用・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし (該当薬剤、発現時期、対処法、その後など)
		<input type="checkbox"/> あり →
		<input type="checkbox"/> お薬手帳参照
	直近の検査情報	腎機能： sCr: mg/dL eGFR: mL/min/1.73m ² その他：
入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一日配薬 <input type="checkbox"/> 毎回配薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP包装 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> その他 ()	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 声かけ必要 <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他 ()	
退院後の薬剤管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
投薬内容 特記事項	<入院前の処方からの変更内容・理由、経過> <input type="checkbox"/> 別紙あり <input type="checkbox"/> お薬手帳参照	
	<input type="checkbox"/> 貴局以外の保険薬局の利用 →(薬局名： /処方医療機関：)	
	<input type="checkbox"/> 投与方法に注意を要する薬剤 →(薬剤名： /投与方法：)	
	<input type="checkbox"/> その他	

<保険薬局記入欄>

<保険薬局→病院連絡事項>

確認日： 担当薬剤師：

内容を確認しました

特記事項