

薬剤適正使用のための施設間情報連絡書

店 担当薬剤師殿 平素よりお世話になっております。 下記の通り、貴局にて投薬を受けている患者様が当院に入院されました。お忙しいとは存じますが、患者様の安全な薬物治療のため、内容ご記載の上、ご返信をお願いいたします。	依頼日 2021年 月 日 総合相模更生病院 電話:042-752-1805(薬剤部直通) FAX:042-752-1178(薬剤部) 担当医師: 担当薬剤師:
--	---

患者ID	患者氏名	生年月日	
入院日	入院病名		

●現在、患者様が使用している全てのお薬(内用薬・インスリン・外用薬など)の内容及び患者情報について、以下の太枠の部分をご記入ください。

服薬情報(病院名・診療科・処方内容など)	患者情報(別紙添付でも可)		
※他薬局で調剤されている薬も含めて、把握している内容を可能な限り記載お願いします。(記載が難しい場合は別紙添付可)	副作用歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	()		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	()		
	既往歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	()		
	OTC・サプリメント	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	()		
	自宅でのバイタル(血圧、血糖値など)		
	()		
	自宅での服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他
	()		
	残薬調整歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
()			
調剤上の注意点	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
()			
指導上の注意点	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
()			
後発医薬品の意向	<input type="checkbox"/> 先発希望	<input type="checkbox"/> 後発希望	<input type="checkbox"/> どちらでも・不明
お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
かかりつけ薬剤師の登録	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
()			

薬局薬剤師から病院薬剤師へ、入院中に確認を依頼したいことや特記事項があれば記載してください

薬局で継続フォローしている問題点があればご記載下さい

その他(上記以外で病院薬剤師が薬局薬剤師に確認したい内容を記載)