

高知県薬薬連携シート（薬局から）

病院	様
薬局	
担当薬剤師	

事業所名：
 薬剤師 氏名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)			年齢	才	性別	男	女
				生年月日	年	月	日	
副作用歴	薬剤名		症状		発現時期			
	情報元	☐ 本人から 聴き取り	☐ Dr診断あり (治療歴 あり・なし)	☐ 不明	アレルギー歴			
副作用に対する薬剤師の意見								
アドヒアランス	良好 ・ 不良 (状況・理由記載)							
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (・管理者： ・管理方法：)							
薬剤師として伝えておきたい患者情報（性格やこだわり、患者の訴えや家族からの情報等）								

2. 処方内容について

最終調剤日		調剤方法	PTP ・ 一包化 ・ 粉碎 ・ 簡易懸濁
最終調剤内容と調剤方法における特記事項			
【記載上の注意点】 ●処方内容については、手帳シールの貼付あるいは薬剤情報提供書等の添付で可 ●各薬剤の調剤方法が分かるように記載して下さい（写真添付も可） ●日付・色線・特殊印字などについても記載			
自店調剤薬以外で把握している処方薬剤と処方医療機関名			
一般用医薬品（外用薬含む）・健康食品等			

3. カンファレンス等について（薬剤師からの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	・具体的な要望（)
退院時の情報提供について	☐ 希望あり	