

作成日

# 高知県薬薬連携シート（病院から）

御中

様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

|              |                                               |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--|
| 生年月日         |                                               | 0                           | 歳                               | 性別                          |                                           | 身長                            |                                  | c m  | 体重                            |                               | k g                                |  |
| 入院期間         |                                               | ～                           |                                 |                             |                                           | 1                             | 日間                               |      | 担当医                           |                               |                                    |  |
| 基本情報         | ※自施設で把握しているものを記載                              |                             | 該当薬剤                            |                             | 発現時期                                      |                               | 発現時の状況等（検査値動向含む）                 |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 禁忌薬                                           |                             | なし                              |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | アレルギー歴                                        |                             | なし                              |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 副作用歴                                          |                             | なし                              |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 腎機能                                           |                             | SCr                             | mg/dl                       | eGFR                                      | ml/min/1.73m <sup>2</sup>     | 体表面積（DuBois式）                    | 0.00 | m <sup>2</sup>                | <input type="checkbox"/> 透析導入 |                                    |  |
|              | その他必要な検査情報                                    |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 入院中の服薬管理                                      |                             | <input type="checkbox"/> 自己管理   |                             | <input type="checkbox"/> 1日分配薬            |                               | <input type="checkbox"/> 1回ごと配薬  |      | <input type="checkbox"/> その他  |                               |                                    |  |
|              | 投与経路                                          |                             | <input type="checkbox"/> 経口     |                             | <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻） |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 調剤方法                                          |                             | <input type="checkbox"/> P T P等 |                             | <input type="checkbox"/> 一包化              |                               | <input type="checkbox"/> 簡易懸濁    |      | <input type="checkbox"/> 粉碎   |                               | <input type="checkbox"/> 退院時処方箋に記載 |  |
|              | 服薬状況                                          |                             | <input type="checkbox"/> 良好     |                             | <input type="checkbox"/> 時々忘れる            |                               | <input type="checkbox"/> 忘れる（不良） |      | <input type="checkbox"/> 拒薬あり |                               | <input type="checkbox"/> その他       |  |
| 退院後の薬剤管理方法   |                                               | <input type="checkbox"/> 本人 |                                 | <input type="checkbox"/> 家族 |                                           | <input type="checkbox"/> その他（ |                                  | ）    |                               |                               |                                    |  |
| 一般用医薬品・健康食品等 |                                               | <input type="checkbox"/> なし |                                 | <input type="checkbox"/> あり |                                           | （                             |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              |                                               | ）                           |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
| 入院時持参薬       | 処方医療機関：〇〇病院                                   |                             |                                 |                             | <input type="checkbox"/> 別紙参照             |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              |                                               |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
| 退院時処方        |                                               |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              |                                               |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
| 特記事項         | 用法・用量が特殊な薬剤(月1、週1、維持量まで漸増中など：最終投与日、現行量開始日を記載) |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 当院入院中の処方開始・中止・変更理由                            |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | 転院後の再開・中止・変更の検討依頼                             |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |
|              | その他（指導上の留意点や適応外使用情報、必要に応じて病名等）                |                             |                                 |                             |                                           |                               |                                  |      |                               |                               |                                    |  |

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

医療機関名

所在地 〒 -

TEL

FAX

担当薬剤師：

担当薬剤師不在時の対応：調剤室で対応します。