記　入　日：　　年　　月　　日
情報提供日：　　年　　月　　日

高 知 県 薬 薬 連 携 シ ー ト（薬局から）

病院 薬局 担当薬剤師　　様	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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			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 ・ 粉砕 ・ 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	