

服薬情報提供書（薬薬連携シート）

作成年月日 令和 年 月 日

(保険医療機関・診療科の名称)

御中

(保険薬局の所在地及び名称)

(保険薬剤師氏名)

フリガナ 患者氏名				入院日	令和 年 月 日		
性別	男性 ・ 女性	生年月日	T・S・H・R 年 月 日			年齢	歳
入院時の状況							
禁忌、副作用・相互作用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容は特記事項に記載) <input type="checkbox"/> 不明	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (別紙)	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容は特記事項に記載) <input type="checkbox"/> 不明	服用状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
要介護区分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 不明						
介護サービス利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ()						
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (事業所名: 氏名:) <input type="checkbox"/> 不明						
一般用医薬品・健康食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容は特記事項に記載) <input type="checkbox"/> 不明						
居住形態	<input type="checkbox"/> 同居者あり (同居人:) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 不明						
課題チェック		評価 (評価日: /)		具体的内容記載			
①認知機能低下による服薬管理能力低下の有無	<input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> 不明						
②薬物治療内容を理解できているか	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明						
③見えているか (印字、薬袋の文字、指示、薬情)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明						
④一包装された薬包紙の切り離しや開封はできるか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明						
⑤PTPシートから押し出せるか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明						
⑥外用(吸入、貼付、軟膏、等)の取り扱いができるか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明						
⑦飲み込めない、飲めない剤型はないか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明						
⑧複数の医療機関・診療科を受診しているか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 不明						
⑨退院後、服薬管理の支援者はいるか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明						
特記事項	※ 入院にあたって、医療機関関係者に伝達したい内容を記載して下さい。 ※ 禁忌や副作用・相互作用歴、アレルギー歴、一般用医薬品の服用等の情報がある場合は、詳細を当該欄に記載して下さい。						

(別紙)

入院時の処方薬情報

患者氏名	
------	--

医療機関・診療科 (調剤した薬局)	最終調剤日	処方内容 (医薬品名・規格・用量・剤型・用法・調剤数量) ※特記する調剤上の工夫等
		<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()

薬の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 作成・記載済み <input type="checkbox"/> 作成無し <input type="checkbox"/> 不明
調剤時の 注意点			

※ 患者に合わせた個別な調剤をしている (分包紙への表記、等) 場合は、必要に応じて画像を添付してください。

※ お薬手帳ラベルや薬剤情報提供書の利用可
入院時服薬情報提供書 別紙1 (薬局→医療機関) 岩手県薬剤師会 令和5年3月版