

# 薬剤管理サマリー

作成年月日 令和 年 月 日

(保険薬局の名称)

御中

様の退院時処方及び薬学的管理事項について、ご連絡申し上げます。

フリガナ		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢	歳
患者氏名		性別	男性・女性	身長 (cm)	体重 (kg)
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)	診療科			
入院の契機となった病名		担当医			
既往歴					

## 基本情報

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	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	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
入院中の服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 (自己管理可能) <input type="checkbox"/> 看護師管理 (自己管理不可:理由:				
入院中の調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP等 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
入院中の投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 ( 経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻 )	伝達が必要な検査情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容は特記事項に記載)		
特別な処置	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 褥創の処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 自己血糖測定 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
一般用医薬品・健康食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (品名 ) <input type="checkbox"/> 不明				
退院後の居住形態	<input type="checkbox"/> 同居者あり (同居人; ) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 不明				
退院後の薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	退院後の在宅訪問の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 不明		
入院時持参薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細 別紙1): 医療機関名:				
退院時処方	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細 別紙2): 情報提供書の添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

課題チェック	評価 (評価日: / )	課題チェック	評価 (評価日: / )
①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	⑤PTPシートから押し出し	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明
②薬物治療内容の理解	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明	⑥外用(吸入・貼付・軟膏等)の取扱い	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明
③見えているか (印字・薬袋の文字・薬情等)	<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・飲めない剤型の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
④一包化された薬包紙の切り離しや開封	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明	⑧退院後、(自宅での)服薬管理の可否	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不明

## 特記事項

※ 入院中の状態 (検査値を含む) 変化や退院後の薬物療法支援にあたって、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。

※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。

(保険医療機関の名称及び所在地、電話番号、FAX、担当薬剤師名)

上記の患者は、安心・安全な薬物療法を行うために、上記の内容をかかりつけ薬局に情報提供することに同意しています。  
退院時服薬情報提供書 (医療機関⇒薬局) 岩手県薬剤師会 令和5年3月版

(別紙1)

## 入院時持参薬情報

- ※ 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を含む。
- ※ お薬手帳ラベルや薬剤情報提供書の利用可。

--

(別紙2)

## 退院時処方に関する情報

- ※ 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を含む。
- ※ 退院後の薬物療法支援にあたって、特に留意いただきたい内容を記載して下さい。
- ※ お薬手帳ラベルや薬剤情報提供書の利用可。

# 薬剤管理サマリーについて（返書）

作成年月日 令和 年 月 日

（保険医療機関の名称及び担当薬剤師名）

様

貴院発行の \_\_\_\_\_ 様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

※ 特に有用であった内容や今後情報共有が必要と思われる内容等がありましたら、できるだけ具体的に記載願います。

以下の事項について、ご報告申し上げます。

以下の事項について、不明な点がありましたのでおうかがいいたします。

（保険薬局の所在地及び名称）

（保険薬剤師氏名） \_\_\_\_\_