施設間情報提供書

xxxx/xx/xx

Page 1/ 　2

　　▲▲　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【情報提供元施設】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ○○　○○ | 名称 | 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 |
| 患者名 | ○○　○○ |
| 所在地 | 〒806-8501福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1 |
| 電話番号 | ●●-●●●●-●●●● |
| 性別 | ○ | FAX番号 | ●●-●●●●-●●●● |
| 生年月日 | xxxx/xx/xx | 薬剤師名 | ×× ×× |

|  |
| --- |
| 当該患者さんに交付された文書 |
| □薬剤情報提供書　□その他（　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 診療科／担当医／入院期間 |
| 【入院期間】 xxxx/xx/xx　～　xxxx/xx/xx【診療科】 ○○【主治医】 ◆◆ ◆◆【担当医】 ◆◆ ◆◆【老年内科】 ◆◆ ◆◆ |

|  |
| --- |
| 入院目的（疾患名やその治療・手術での入院、検査入院、指導入院　等） |
|   |

|  |
| --- |
| 経過（検査結果推移や退院後フォローが必要な内容） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ※記載内容等で不明な点がございましたら、上記情報提供施設までご連絡下さい。 |

施設間情報提供書

xxxx/xx/xx

Page 2/ 　2

　　▲▲　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 禁忌薬剤 |
|  |

|  |
| --- |
| アレルギー歴 |
|  |

|  |
| --- |
| 副作用歴 |
|  |

|  |
| --- |
| 上記項目発生時経緯 |
|  |

|  |
| --- |
| 薬歴情報 |
|  |

|  |
| --- |
| 調剤上の留意点（粉砕・別包　等） |
|  |

|  |
| --- |
| 服薬状況 |
|  |

|  |
| --- |
| 経過 |
|  |

|  |
| --- |
| 特記事項（TDM、検査値、服薬指導時注意事項　等） |
|  |

※記載内容等で不明な点がございましたら、上記情報提供施設までご連絡下さい。