

ふりがな 氏名				入院日	年 月 日	(入院時持参薬の状況)	
				退院日	年 月 日		
ID	性別	M・F	生年月日	年 月 日			
担当医	医師	担当薬剤師					
主病名・既往歴							
入院中のアレルギー歴・副作用歴など							
喫煙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い()						
副作用歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い()						
薬剤服用関連				(退院処方の薬)			
服薬理解度	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 拒薬傾向 <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 怠薬傾向 <input type="checkbox"/> 飲み間違いあり <input type="checkbox"/> その他			※お薬手帳に別途添付			
薬剤投与方法	<input type="checkbox"/> 経口 (普通錠 / 粉砕) <input type="checkbox"/> 経管 (粉砕 / 簡易懸濁法)						
処方状況	<input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 (退院時： <input type="checkbox"/> (内科・精神科) は他院へ受診)						
服用方法 (入院前)	<input type="checkbox"/> 本人管理 (<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 家族管理						
服用方法 (退院直前)	<input type="checkbox"/> 本人管理 (<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 看護師管理						
入院中の調剤方法	※当院入院中は、基本は全て一包化しております。 (その他：)						
入院中の薬物治療経過							
/ /	薬剤名：	(理由)					
/ /	薬剤名：	(理由)					
/ /	薬剤名：	(理由)					
/ /	薬剤名：	(理由)					
/ /	薬剤名：	(理由)					
精神科薬剤の使用関連							
抗精神病薬の 持効性注射剤	<input type="checkbox"/> 有 (薬剤：) <input type="checkbox"/> 無 使用部位 (右肩・左肩・右臀部・左臀部) 最終注射用量： mg 最終投与日： /						
定期検査が必要な薬	<input type="checkbox"/> 有 (薬剤：) 最終検査日： /) <input type="checkbox"/> 無						
DIEPSS評価 (※退院直近のデータ)							
日付： / ◆歩行： ◆動作緩慢： ◆流涎： ◆筋強剛： ◆振戦： ◆アカジア： ◆ジストニア： ◆ジスキキア：							
肝機能・腎機能 (※退院直近のデータ)							
肝機能	日付： / AST () IU/L ALT () IU/L γ -GTP () IU/L	腎機能	日付： / Ccr () mL/min eGFR () mL/min/1.73m ²				
検査値 (※退院直近のデータ)							
その他							
指導上の 注意事項							
特記事項	(患者さんの薬に対する考えや思いなど) (引継ぎ事項など) (院外薬局・施設などのスタッフに知っておいて欲しい情報など)						