

様式 1**入院時情報共有シート（甲賀病院⇔保険薬局）** 下記患者様が入院されました。 下記患者様が入院予定です。

わかる範囲内で結構ですので、太枠内の患者情報を記入して病院に FAX をお願いいたします。

令和 年 月 日

患者氏名		患者 ID	
生年月日		科名	
入院日（予定日）		病棟	
保険薬局			
副作用・アレルギー歴			
アドヒアランス	良・不良・まあまあ	お薬手帳	あり・なし
内服管理方法	自己・家人・サービス	調剤方法	分包・非分包
処方元・処方内容・最終処方日・予定入院の場合は残数など			
特記事項（あれば健康食品なども）			
令和 年 月 日	記入者		