　FAX：054-626-4116

様式4　　退院時情報共有シート　返書（薬局から）

甲賀病院

薬剤部　担当薬剤師　殿

令和　　　年　　　月　　　日

保険薬局名：

住所：

TEL：

FAX：

保険薬剤師氏名：

平素より大変お世話になっております。

貴院発行の　　　　　　　　　様（ID:　　　　　　　　　　）の「退院時情報共有シート」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。

□退院後の状況等についてご報告します。

|  |
| --- |
| ◆調剤方法の変更 　　　　　　　　　なし　　　　あり　（　　　　　　➡　　　　　　　） |
| ◆入院中に変更した薬剤による体調変化　　なし　　　　あり　（　　　　　　　　　　　　　 　） |
| ◆退院後の状況  　　他職種連携（服薬支援等）　　　　　　　なし　　　　あり  　　在宅訪問へ移行　　　　　　　　　　　　　　　なし　　　　あり（月　　/回）  　　お薬バッグの利用（在宅調整等）　　 　なし　　　　あり  　　後発医薬品を利用　　　　　　　　　　　　 　なし　　　　あり |
| ◆その他連絡事項 |

※個人情報保護に係る患者の同意について、いずれかにチェックをお願いします。

返信に当たり、

　患者の同意を得ている

　薬局内掲示にて包括同意を得ている