

2020年度

入退院情報共有



八尾市立病院

八尾徳洲会総合病院

医真会八尾総合病院

3病院と入退院情報を共有します。

# 情報共有シート(病院→薬局)

- 患者ID
- 患者氏名
- 生年月日（年齢）
- 入院目的
- 入院予定日
- 手術予定日
- 推定入院期間
- 患者への指導内容
- 特記事項

特に特記事項に留意し入院時情報共有シート（薬局→病院）の記載  
ならびに、患者さんが持参する薬の用意をお願いします。



# フロー図

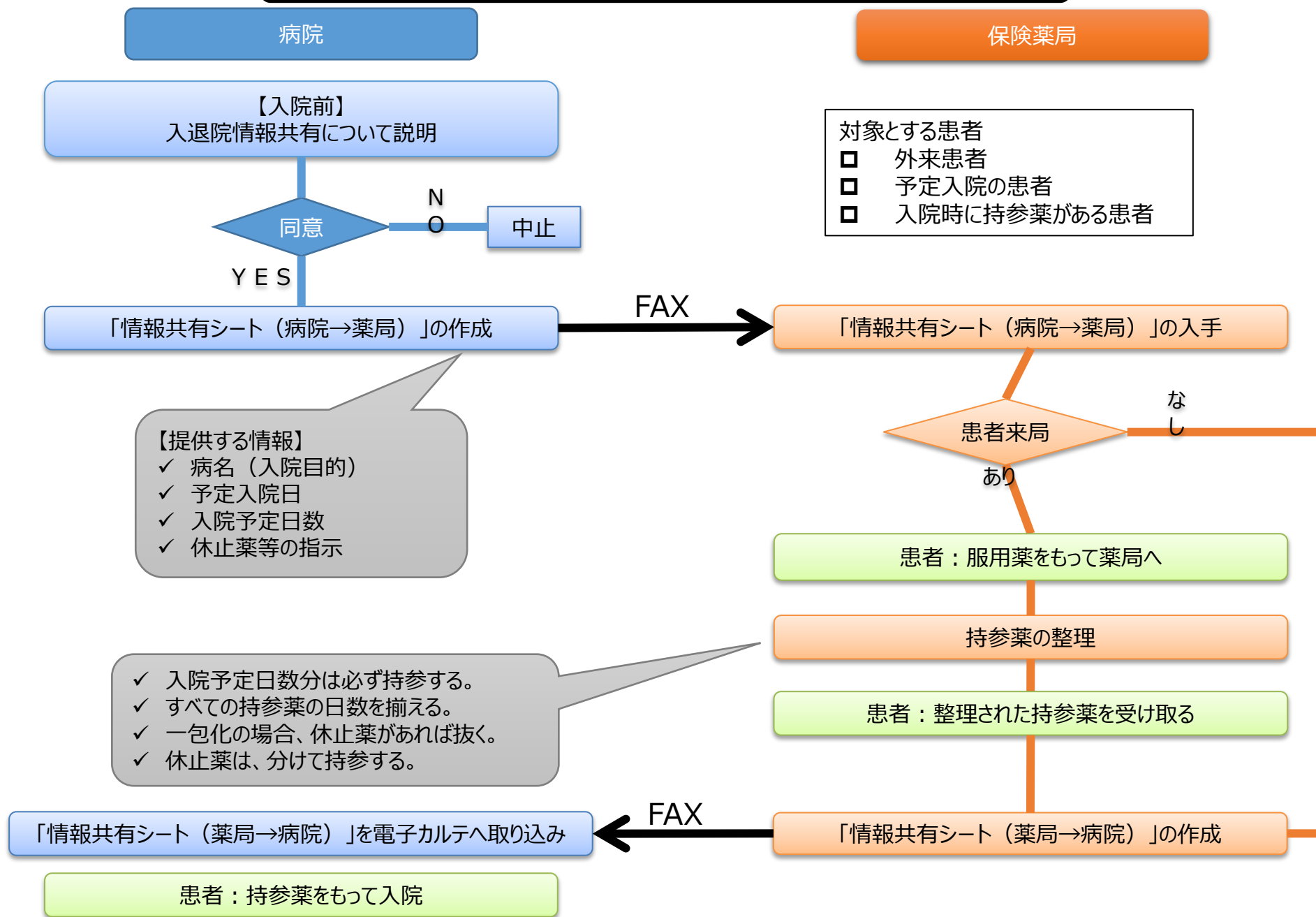
入退院時情報共有 【病院で同意取得】

入退院時情報共有 【入院前・保険薬局で同意取得】

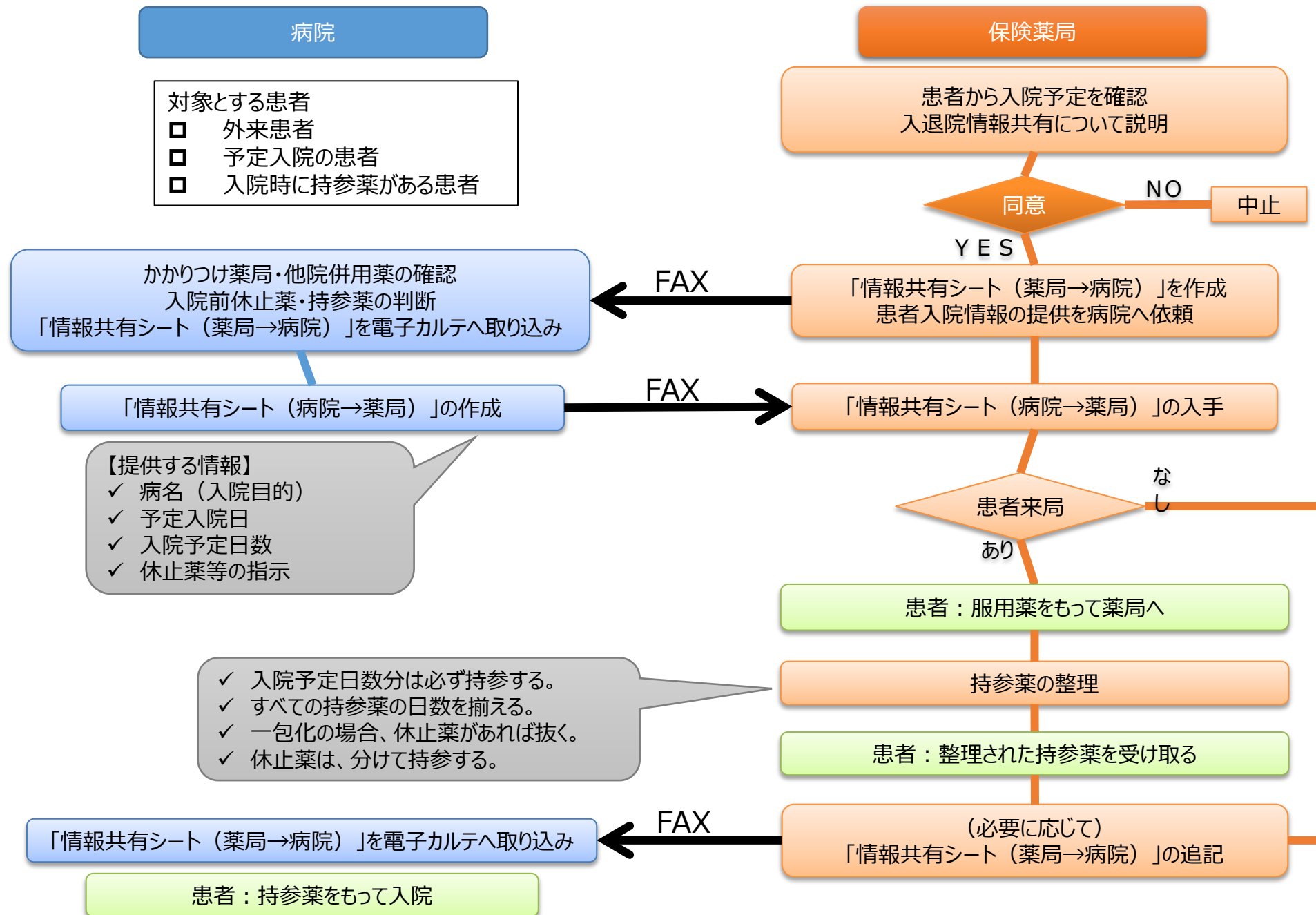
入退院時情報共有 【医真会八尾総合病院  
カード提出で同意】

入退院時情報共有 【退院時】

# 入退院時情報共有【病院で同意取得】



# 入退院時情報共有【入院前・保険薬局で同意取得】



# 医真会八尾総合病院 入院情報カード

## クリニックで カード配布

### eお薬手帳

お薬手帳がスマートフォンの中に

<http://www-eokusuri.nichivaku.or.jp/>



保険調剤薬局で入院患者が拾えるように、ここにカードを貼る予定です。

### 医真会八尾総合病院へ入院予定の 八尾市内の保険調剤薬局で お薬をもらわれている患者様へ

医真会八尾総合病院では八尾市内の調剤薬局と患者様のお薬の情報を共有し、入院時や退院後に安全で有効な医療を受けることが出来るよう連携しています。入院が決まったことを調剤薬局の薬剤師へお気軽にご相談下さい。

医真会八尾総合病院 薬剤科

大阪府藤井寺保健所 生活衛生室薬事課  
八尾市保健所 保険企画課

(一社)大阪府薬剤師会

.....

.....

.....

.....

(一社)八尾市薬剤師会

.....

.....

.....

.....

# 入退院時情報共有【調剤薬局へカード提出で同意】

クリニック

保険薬局

病院

## 【入院前】

各科の専用カウンターで入院までの話を看護師（内科は医事課）から聞いてカードを患者に渡す

カードを持って患者来局

「情報共有シート（薬局→病院）」の作成

FAX

「情報共有シート（薬局→病院）」の入手

「情報共有シート（病院→薬局）」の入手

FAX

「情報共有シート（病院→薬局）」の作成

患者来局

なし

あり

患者：服用薬をもって薬局へ

持参薬の整理

患者：整理された持参薬を受け取る

「情報共有シート（薬局→病院）」の作成

FAX

「情報共有シート（薬局→病院）」を電子カルテへ取り込み

患者：持参薬をもって入院

対象とする患者

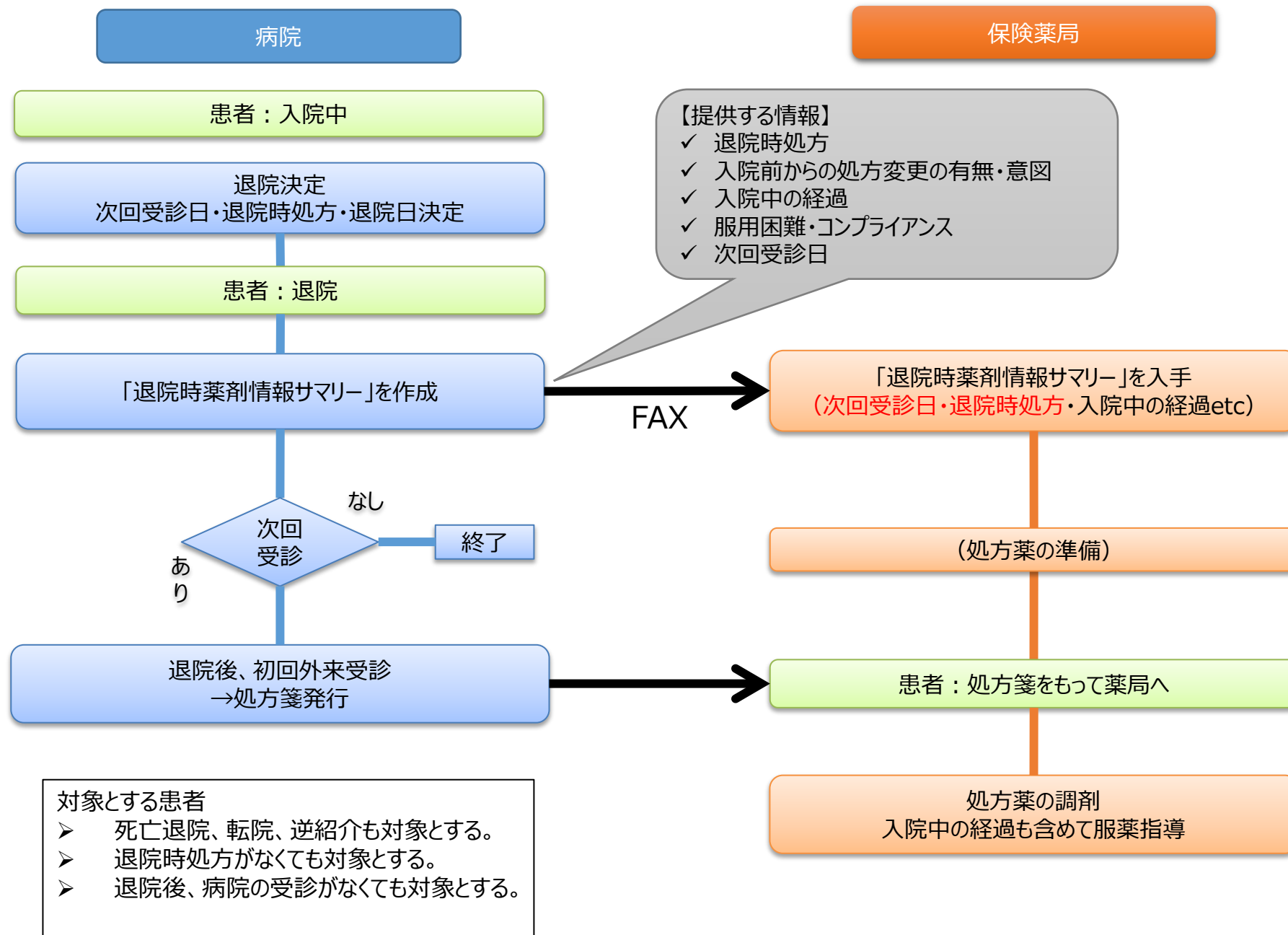
- ☐ 外来患者
- ☐ 予定入院の患者
- ☐ 入院時に持参薬がある患者

## 【提供する情報】

- ✓ 病名（入院目的）
- ✓ 予定入院日
- ✓ 入院予定日数
- ✓ 休止薬等の指示

- ✓ 入院予定日数分は必ず持参する。
- ✓ すべての持参薬の日数を揃える。
- ✓ 一包化の場合、休止薬があれば抜く。
- ✓ 休止薬は、分けて持参する。

# 入退院時情報共有【退院時】



# 八尾市立病院

## 退院時薬剤情報

### サマリー

|                                                                                                                              |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|---|----------------|--|
| 作成日                                                                                                                          |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 薬 剤 管 理 サ マ リ ー                                                                                                              |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 御中                                                                                                                           |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。                                                                                                 |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 生年月日                                                                                                                         |                                                                    | 歳                              | 性別                                         |                               | 身長                                           |                              | cm                        | 体重             |   | kg             |  |
| 入院期間                                                                                                                         |                                                                    | ～                              |                                            |                               | 日                                            | 日                            | 時                         | 分              | 秒 |                |  |
| 基<br>本<br>情<br>報                                                                                                             | 服薬歴                                                                | <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> あり                |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | アレルギー歴                                                             | <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> あり                |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 副作用歴                                                               | <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> あり                |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 腎機能                                                                | SCr                            |                                            | mg/dL                         | eGFR                                         |                              | ml/min/1.73m <sup>2</sup> | 併用薬剤 (DuBois式) |   | m <sup>2</sup> |  |
|                                                                                                                              | その他必要な検査情報                                                         |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 入院中の服薬管理                                                           | <input type="checkbox"/> 自己管理  | <input type="checkbox"/> 1日配薬              | <input type="checkbox"/> 1回配薬 | <input type="checkbox"/> その他                 | ( )                          |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 投与経路                                                               | <input type="checkbox"/> 経口    | <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・経導・食道管・経導) |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 調剤方法                                                               | <input type="checkbox"/> P T P | <input type="checkbox"/> 一包化               | <input type="checkbox"/> 錠剤懸濁 | <input type="checkbox"/> 粉砕                  | <input type="checkbox"/> その他 |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 服薬状況                                                               | <input type="checkbox"/> 良好    | <input type="checkbox"/> 時々忘れる             | <input type="checkbox"/> 忘れる  | <input type="checkbox"/> 投薬あり                | <input type="checkbox"/> その他 |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              | 退院後の薬剤管理方法                                                         | <input type="checkbox"/> 本人    | <input type="checkbox"/> 家族                | <input type="checkbox"/> その他  | ( )                                          |                              |                           |                |   |                |  |
| 一般医薬品・健康食品等                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> なし                                        | <input type="checkbox"/> あり    | ( )                                        |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 入<br>院<br>時<br>持<br>参<br>薬                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 別紙あり 処方箋番号: _____                         |                                |                                            |                               | <input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方箋番号: _____ |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 特<br>記<br>事<br>項                                                                                                             | ※ 患者情報で共通の事項は5分以内を記載すること (アレルギー、薬剤の併用、既往の処方箋記載/入院中の薬剤の追加、減量、中止を含む) |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
|                                                                                                                              |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 投与方法に注意を要する薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                        |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| ※ 下記には投与の処方箋の5分、投与方法が特記事項 (例: 追加投与、追加投与の回数、投与回数が増えている薬剤等) や投与量の追加の<br>要は薬剤 (例: N2O/吸入、540/吸入等) に記載しています。薬剤には投与量の追加の参考として下さい。 |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| ※ 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。                                                                                            |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| 施設名 _____ 〒 _____ 住所: _____ 薬剤師 _____                                                                                        |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |
| TEL ( ) ( ) FAX ( ) ( )                                                                                                      |                                                                    |                                |                                            |                               |                                              |                              |                           |                |   |                |  |

# 八尾徳洲会総合病院

## 退院時薬剤情報サマリー

作成日

**退院時薬剤情報サマリー**

群中  
 様の退院時処方・薬学管理事項について連絡申し上げます。

|          |                                                                                       |                                                                                                                                                    |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------|
| 生年月日     | <input type="text"/>                                                                  | 歳                                                                                                                                                  | 性別                   | <input type="text"/> | 身長                                                                                              | <input type="text"/> cm | 体重 | <input type="text"/> kg |
| 入院期間     | <input type="text"/>                                                                  | ～                                                                                                                                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日間                                                                                              |                         |    |                         |
| 基本情報     | 禁忌薬                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                            | 投与薬剤                 |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | アレルギー歴                                                                                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                            | 発現時間                 |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | 副作用歴                                                                                  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                            | 発現時の状況等（検査値動向含む）     |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | 入院中の薬学管理                                                                              | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）     |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | 投与経路                                                                                  | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・経嚥・食道薬・嚥薬）                                                                              |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | 調剤方法                                                                                  | <input type="checkbox"/> P T P <input type="checkbox"/> 一袋化 <input type="checkbox"/> 簡易包装 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他 |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | 服薬状況                                                                                  | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他 |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
|          | 退院後の薬学管理方法                                                                            | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）                                       |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
| 必要な検査値情報 |                                                                                       |                                                                                                                                                    |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
| 入院時持参薬   | <input type="checkbox"/> 別紙あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                                                                                                                                                    |                      |                      | <input type="checkbox"/> 別紙あり 退院処方に薬情報付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                         |    |                         |
|          |                                                                                       |                                                                                                                                                    |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
| 特記事項     | ※入院時持参薬の変更または中止理由、その後の患者状態（入院中の経過）について記載をお願いします。                                      |                                                                                                                                                    |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |
| 退院先      | <input type="text"/>                                                                  |                                                                                                                                                    |                      | 次診受診予定日              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 日時： <input type="text"/>                |                         |    |                         |
| その他      | <input type="text"/>                                                                  |                                                                                                                                                    |                      |                      |                                                                                                 |                         |    |                         |

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤科までお問い合わせください。

八尾徳洲会総合病院 〒581-0011 大阪府八尾市若草町1-17  
TEL 072-993-8952 FAX 072-993-8952

担当薬剤師

医真会八尾総合病院
退院時薬剤情報
サマリー

作成日
退院時薬剤管理サマリー
御中
様の退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。
生年月日
性別
身長
体重
入院期間
入院目的
基本情報
投与薬
処方期間
投与時の状況等
副作用情報
投与中の薬学管理
投与方法
投与状況
退院後の薬学管理方法
入院時持参薬
退院時処方
特記事項
その他
医真会八尾総合病院
〒581-0036
八尾市沼1丁目-41番地
TEL 072-948-2500 (代) FAX 072-948-2787 (薬剤科)