

入院前服薬状況等に係る情報提供書

報告日: _____年____月____日

| | |
|------------------------|---------|
| 患者 ID: | 保険薬局名称 |
| 患者名: | |
| 生年月日: 明 大 昭 平 令 年 月 日生 | 電話番号: |
| 年 月 日より入院予定 | FAX 番号: |
| | 担当薬剤師名: |

1. 患者の服薬状況(患者のアドヒアランス及び残薬等)

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| 服薬管理者 | <input type="checkbox"/> 本人 |
| ※家族、介助者の場合は具体的な | <input type="checkbox"/> 家族 () |
| 管理者(妻、ヘルパー など)も記載 | <input type="checkbox"/> 介助者() |
| すること | <input type="checkbox"/> その他() |
| 服薬状況に関する留意点 | |

2. 併用薬剤、OTC 等(要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む)の情報

3. その他(薬剤による副作用、アレルギーなど)

4. 受診中の処方医療機関、診療所等に関する情報

| 番号 | 処方医療機関名 | 診療科 | 備考* |
|----|---------|-----|-----|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

※受診中の医療機関、診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載する。

5. 服用使用中の内服薬（用法用量を参照するため、おくすり手帳等の写しを添付してください）

入院予定日数 日

| 番号 | 一包化 | 医薬品名 ^a | 持参予定数 ^b (日分) | 服用有無 ^c | 備考 ^d |
|----|-----|-------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|
| ① | | | | | |
| ② | | | | | |
| ③ | | | | | |
| ④ | | | | | |
| ⑤ | | | | | |
| ⑥ | | | | | |
| ⑦ | | | | | |
| ⑧ | | | | | |
| ⑨ | | | | | |
| ⑩ | | | | | |
| ⑪ | | | | | |
| ⑫ | | | | | |
| ⑬ | | | | | |
| ⑭ | | | | | |

a 後発品はメーカー名を記載

b 持参予定数は内服薬 1 日量に「予定入院日数+7 日分」を乗じた数を記載してください。入院予定日数に幅がある場合は何日分で作成したかを括弧内に記載してください。なお、持参予定数が不足している場合はその旨記載してください。

c 服用有りは○印、服用無しの場合は術前中止薬かどうかを確認(術前中止薬の場合は服用中止時期を記載)

d 備考欄には項目 4 の処方医療機関番号や特殊な調剤方法情報(一包化など)、自己調整などについて記載

6. その他の使用中薬剤(注射薬や外用薬、内服薬頓服など使用中の薬剤についての情報を記載してください)

| 番号 | 医薬品名 | 備考 |
|----|------|----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

備考欄には項目 4 の処方医療機関番号や特殊な使用の有無などについて記載