

入院前の患者に係る服薬情報提供書

一宮市立市民病院 薬剤局 担当者宛

年 月 日

TEL:0586-71-1911

FAX:0586-23-6016

保険薬局名：
住所：
電話：
FAX：
保険薬剤師名：

下記患者様が、 年 月 日より貴院に入院予定の為、
入院時点の使用薬及び休止薬についてご報告いたします。

患者 ID：	_____
患者氏名：	_____様
生年月日（年齢）：	_____年 _____月 _____日（ _____歳）
性別：	_____男 _____女

※入院時の継続薬及び休止薬は別紙にてご報告いたします。

服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 不明
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(_____)
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(_____)
薬剤の保管状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(_____)
ポリファーマシー対応	<input type="checkbox"/> 患者希望あり <input type="checkbox"/> 患者希望なし <input type="checkbox"/> 不明
一般用医薬品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)
健康食品・サプリメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)
保険薬局からの連絡事項	<input type="checkbox"/> 継続指示の遵守状況 <input type="checkbox"/> 休薬指示の遵守状況 ※指示と異なった場合は、 <u>内服薬の整理前</u> に患者サポートセンター薬剤師まで連絡下さい。

返信欄【病院薬剤師記入欄】

情報提供ありがとうございました。下記括弧内に記載がある場合は、追加で確認・情報提供をお願いします。

(_____)

一宮市立市民病院薬剤局 担当薬剤師名： _____

入院時使用薬剤（休止薬含む）・受診医療機関 記入欄

※自局調剤・他局調剤すべての情報を記入してください

※入院時点以降で再開予定のない薬剤は記載不要です

※この用紙は、FAX 送信とは別で、入院時に持参してもらった薬にも添付してください。

受診医療機関	使用薬剤名・用法用量・入院時持参日数 ※休止薬はいつから休止かを記載 ※お薬手帳のシール貼付でも可

入院時使用薬剤（休止薬含む）・受診医療機関 記入欄

※自局調剤・他局調剤すべての情報を記入してください

※入院時点以降で再開予定のない薬剤は記載不要です

※この用紙は、FAX 送信とは別で、入院時に持参してもらった薬にも添付してください。

受診医療機関	使用薬剤名・用法用量・入院時持参日数 ※休止薬はいつから休止かを記載

※お薬手帳のシール貼付でも可