**入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書**

入院先医療機関名：

担当者：　　　　　　　　　　　　様

令和　　　年　　　月　　　日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電　　話

（FAX）

保険薬剤師氏名

月　　　　日より入院予定の下記患者について、情報提供致します

|  |
| --- |
| **患者氏名　　　　　　性別（　男性　・　女性　）　　生年月日　　　年　　月　　日生（　　　歳）** |

１　受診中の医療機関、診療所等に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 保険医療機関名 | 診療科 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　現在服用中の薬剤

　　※用法用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「１」の処方医療機関の番号 | 医薬品名  ※後発品はメーカー名も記載 | 用法・用量 | 服用開始時期 | 処方状態（一包化・簡易懸濁・粉砕等） | 入院時持参予定数量  （錠、包、カプセル等） | 備考  ※自己調節で服用等の情報を記載 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関からの指示による入院前中止薬 |  |

３　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  ※家族、介助者の場合は  具体的な管理者（妻、ヘルパーなど）も記載すること | □本人  □家族(　　　)  □介助者(　　　)  □その他(　　　　　　　　　　　) |
| 服薬状況に関する留意点 |  |
| 患者が容易に又は継続的に  服用できるための技術工夫等の調剤情報 |  |

４　薬剤による副作用・アレルギー歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被疑薬 | 症状等 | 発現時期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

５　併用薬剤等（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

|  |
| --- |
|  |

６　その他

|  |
| --- |
|  |

【記載上の注意】

・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こと

・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること