**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