# 三楽病院薬剤科宛

# TEL 03-3292-3981

# FAX 03-3292-6611

# 入院前の服薬状況等に係る情報提供書

**保険薬局の名称**

**電 話**

**薬剤師氏名**

●月●日より入院予定の下記患者について、情報提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | | | | | | |
| 性別 | 男 | 女 | 生年月日 | | 年 | | 月 | 日 |
| 最終調剤日 | 年 | | | 月 | | 日 | | |

**1．受診中の医療機関、診療所などに関する情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 医療機関名 | 診療科 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**2．現在、使用中の薬 ※お薬手帳の写しや薬剤情報提供書を添付でも可**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1の医療機関番号 | 医薬品名（ﾒｰｶｰ名含む） | 用法・用量  （記載例：3錠分3毎食後）  散剤は成分量で記載 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3．医師の指示による入院前の中止薬（有・無）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 中止日 | 服薬支援等対応 | | |
|  |  | 抜き取り | 別薬袋 | 説明 |
|  |  | 抜き取り | 別薬袋 | 説明 |
|  |  | 抜き取り | 別薬袋 | 説明 |

**4．入院時に持参する薬の整理**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 持参日数の整理 | あり | 日分 | なし |
| 一包化の対応 | あり | | なし |

**5．処方と服用状況が異なる薬剤（お薬手帳や薬剤情報提供書と異なる場合に記載）（有・無）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 | 自己調整の内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**6．患者の服用状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤方法 | ＰＴＰ | 一包化 | 粉　砕 | その他 |
| 管理者 | 本　人 | 家　族 | 介助者 | その他 |
| コンプライアンス | 良好 | | 不良 | |
| 健康食品・サプリメント | あり | （　　　　） | なし | |
| 服薬状況に関する留意点 |  | | | |
| 退院時処方にお願いしたいこと |  | | | |

**７.副作用・アレルギー歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 被疑物質 | 症状・発現時期 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**８．補足事項**

|  |
| --- |
|  |

問い合わせ先

三楽病院薬剤科

TEL:03-3292-3981

FAX:03-3292-6611