

入院前の患者の服用状況等に係る情報提供書

年 月 日

保険薬局名:
 保険薬剤師名:
 電 話:
 F A X:



医療機関名:彩の国東大宮メディカル
 センター 薬剤部

電 話:048-665-6213
 F A X:048-665-6213

診療科: _____
 患者氏名: _____ 様
 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
 性 別: 男 女

	保険薬局記入欄
服用薬 (入院前) 受診医療機関	別紙に記載 (お薬手帳のシール貼付又はコピーでも可) ・使用薬剤 (過去3月内)・用法用量・投与日数 ・頓服・臨時薬の情報 ・自局以外の情報を把握している場合は記載
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他 (粉碎・一包化等調剤の詳細を連絡事項 or 別紙に記載)
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 ()
コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → <input type="checkbox"/> 粉が飲めない <input type="checkbox"/> 錠剤が飲めない <input type="checkbox"/> その他()
薬剤の保管状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()
一般用医薬品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明
健康食品・ サプリメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明
その他 (中止薬の対応等)	

薬局からの連絡事項	
-----------	--

※確認後は速やかに作成して提出をお願い致します。

【別紙】

使用薬剤（入院前）・受診医療機関 記入欄

受診医療機関	使用薬剤（過去3月内）・用法用量・投与日数・調剤方法
	<p>※お薬手帳のシール貼付又はコピーでも可</p> <p>※自局以外の情報を把握している場合は記載</p>