**入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書**

送信日　令和　　　年　　　月　　　日

保険薬局名　:

保険薬剤師名:

住 所:

電 話:

ＦＡＸ:

メール:

国立病院機構埼玉病院　薬剤部宛

電　話 :048-462-1101(代)

**※FAX : 048-461-8931**

|  |
| --- |
| 入院日　：令和　　　年　　　月　　　日  診療科　：  患者ＩＤ：  生年月日：  患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |

**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**※お薬手帳の写しや薬剤情報提供書も送付して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 「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 | 備考  ※自己調節等の情報を記載 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**３　持参する薬の日数**　（　　　　　　日分　）

　　　＊想定される入院期間分の薬をご準備ください。入院期間については患者さんにご確認ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 中止日 | 服薬支援等対応 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋 |

**４　医師の指示による入院前の中止薬**　　（　有　・　無　）

**５　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 |  |

**６　薬剤による副作用・アレルギー歴**

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

**７　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**

|  |
| --- |
|  |

**８　その他**

|  |
| --- |
|  |