**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**

|  |
| --- |
|  |