|  |
| --- |
| （別紙様式1-2） |
| 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書 |
| 県立日南病院 |
| 薬剤部　持参薬鑑別担当者　様 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 情報提供元保険薬局の所在地：　　　　　　　　　　 |
| 保険薬局の名称：　　　　　　　　 |
| 電話：　　　　　　　　　　　　 |
| FAX： |
| 保険薬剤師名： |
|  |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日から入院予定の　　　　　　　　様の現在の使用薬（内服・外用等）についてご報告いたします。 |
| 患者氏名：　 |
| 性別（男・女）　生年月日：　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 電話番号：　 |
| 住所：　 |
| 最終調剤日：　　　　年　　　　月　　　　日　 |
|  |
| 特記事項：　　 | 中止薬　有り・無し | 中止薬剤名：　 |
| 隔日服用薬　有り・無し | 隔日服用薬剤名：　 |
| 曜日指定服用薬　有り・無し | 服用曜日：（　　　　　曜日） |
| その他： |  |
| 以下のとおり、情報提供いたします。 |
| 1　受診中の医療機関、診療科等に関する情報 |
| 番号 | 保険医療機関名 | 診療科 | 処方を調剤した保険薬局名 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 |
| 2 現在服用中の薬剤一覧 | ※下記の必要な項目が記載してある場合は、お薬手帳等の写しを添付してもよい。 |
| 上記1の処方医療機関番号 | 医薬品名 | 用法・用量 | 服用開始時期 | 処方状態（粉砕･一包化） | 入院時持参予定数（日分） |
| ※例　1 | ①アセトアミノフェン | 1回1錠,1日3回朝昼夕食後 | R4/6/13 | 一包化 | 3日分 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ●医師の指示による入院前中止薬 |
| 上記１の処方医療機関番号 | 医薬品名 | 中止期間 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| ●自己調節している薬 |
| 上記１の処方医療機関番号 | 医薬品名 | 調節期間 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 3　患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等） |
| 服薬管理者（該当者にチェック） | □本人　　　□家族　　　□介助者□その他（　　　　　　　　　　） |
| 服薬状況に関する留意点 | 　 |
| 退院時の処方の際にお願いしたいこと | 　 |
| 4　併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、健康食品等を含む）の情報 |
| 　　 |
| 5　その他 |
|  |