|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |