

(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
薬（内服・外用等）についてご報告いたします。

様の現在の使用

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 (粉碎・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)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> 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	