情報提供先保険医療機関名

# 患者の服薬状況等に係る情報提供書

	担当医	科	殿					
					令和	年	月	日
			情報提供え	に保険薬局の所在	E地及び名称			
			電	5				
			(FAX)					
			保険薬剤的	<b>5氏名</b>				印
患者	氏名							
性別	(男・女)	生年月日 4	₮ 月 日生(	歳)				
住所								
電話	番号							
以下	のとおり	、情報提供いた	します。					
情報	提供の概	要 :						
1	 処方薬の情	基品						
	型力来の旧 剤名等:	+IX						
*	別句 寸 .							
2	<u></u>			いわゆる健康	・ 食品を含む	)の情	-	
	剂 名等:	(女)日子 水川	<b>应未加、应未</b> 的介加	C 1717 O E IX	. O B 3 m X	) <b>0)</b> IH	TIX	
*	личт.							
3	処方薬剤の	服用状況(アドヒ		:) 及びそれに対	 ける指導に関	 する情		
	277 2771117	MX 713 1X 700 ( 7 1 C	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, 20 C 401-74	) WIL 47 - 121	, 016	TIA	
4	患者、家族	又は介護者からの	情報(副作用のおそ	れがある症状及	び薬剤服用に	係る意	向等)	
5	薬剤に関す	 ス坦安						
	未別に因り	る従来						
6	その他							

## [記載上の注意]

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
- 2 わかりやすく記入すること。
- 3 必要な場合には、手帳又は処方箋等の写しを添付すること。

## 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名:〇〇病院

担当者:薬剤部 〇〇 〇〇 殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話 (FAX)

保険薬剤師氏名

印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名

性別(男・女) 生年月日 年 月 日生( 歳)

電話番号

住所

最終調剤日:〇〇年〇〇月〇〇日

特記事項:◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

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	備考		
1	〇〇病院				
2	△△クリニック				
3					
4					
5					

#### 2 現在服用中の薬剤の一覧

※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

「1」の処 方医療機関 の番号	医薬品名	用法・用量	服用開始時期	処方状態 (粉砕、一 包化等)	入院時持 参予定数 (日分)	備考
	<u> </u>		L			

医師の指示による	
入院前中止薬	
自己調節している薬	
3 患者の服薬状況(アドヒ	ニアランス及び残薬等)
	口本人
服薬管理者	□家族
(当てはまるものに☑)	口介助者
	口その他 ( )
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・- 	- 般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。)の情報
5 その他	

### [記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 5 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。