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>		<u> </u>			

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	3 患者の服薬状況(アドヒ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・一般用医薬品、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。