

(別添様式 1 - 2)

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 ○○ ○○ 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

(F A X)

保陰藥劑師氏名

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。

[illegible]

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（アドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 （当てはまるものに☑）	<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、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。