

(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   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

( F A X )

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

[illegible]

|                    |  |
|--------------------|--|
| 医師の指示による<br>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<br>（当てはまるものに☑）  | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族<br><input type="checkbox"/> 介助者<br><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<br>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。