＜入院前服薬情報提供書＞

作成日：　　　年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 情報提供元保険薬局の所在地および名称 | |  | 下記患者さまの入院前服用状況等について、  以下の通り情報提供致します。 | |
|  | | 氏　名 |  |
| TEL： |  |  | 診察券番号 |  |
| FAX： |  |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 薬剤師： |  |  | 特記事項 | (医師の指示による入院前中止薬等) |

宛先：市立池田病院　薬剤部　　FAX：072-754-6402

【１】患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 　　□本人　□家族　□医療スタッフ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

服薬状況に関する留意点　　　□一包化　　□粉砕

　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【2】一般用医薬品・健康食品等の情報

【3】現在服用中の薬剤の一覧（頓服薬・外用薬・自己注射薬等含む）

※現在使用中の薬剤が全てわかる資料（お薬手帳や薬剤情報提供書のコピー）を添付でも可

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診医療機関 | 医薬品名/規格  ※後発品はメーカー名も記載 | 用法・用量（1日量記載）  【記載例：3 錠　分 3 毎食後】 ※散薬は成分量で記載 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【４】その他（アレルギー・副作用情報等）

追加資料添付（　　　枚：この用紙を含まず）