（

入院前の服薬状況等に係る情報提供書　FAX：011－231－2272

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ）生年月日： | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者からの同意 | 　[ ] 得た　　[ ]  得ていない |

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬管理方法 | [ ] PTP　[ ] 一包化　[ ] 粉砕　[ ] 未確認 |
| 服薬介助 | [ ] 要　[ ] 不要　[ ] 未確認 |
| 薬剤管理方法 | [ ] 本人　[ ] 家族　[ ] 施設　[ ] 未確認（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| お薬手帳 | [ ] あり（[ ] 冊子、[ ] アプリ）　[ ] なし　[ ] 未確認 |
| 薬剤アレルギー | [ ] あり（ありの場合は薬品名と症状を記載）　[ ] なし　[ ] 未確認（　　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 副作用歴 | [ ] あり（ありの場合は物質と詳細を記載）　[ ] なし　[ ] 未確認（　　　　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 定期内服薬確認 | [ ] あり　[ ] なし　[ ] 未確認※ありの場合は手帳等の写しを添付し詳細を記載してください |
| 頓用薬 | [ ] あり　[ ] なし　[ ] 未確認※ありの場合は手帳等の写しを添付し詳細を記載してください |
| 自己調節薬 | [ ] あり　[ ] なし　[ ] 未確認※ありの場合は手帳等の写しを添付し詳細を記載してください |
| OTC、サプリメント | [ ] あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] なし　[ ] 未確認 |
| 喘息 | [ ] あり　[ ] なし　[ ] 未確認 |
| 前立腺肥大 | [ ] あり　[ ] なし　[ ] 未確認 |
| 緑内障 | [ ] あり　[ ] なし　[ ] 未確認 |
| その他 | （特記事項がある場合は記載をお願いいたします） |