（

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：  診療科：　　　　　　　入院日：　　　/ | | 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 | □入院期間分としてセット済み  （その他、特記事項がある場合は記載をお願いいたします） |