

【入院前服薬情報提供依頼書兼報告書】

平素より大変お世話になっております。

この度、貴薬局にて薬剤管理されている患者さんが当院において、入院されることとなりました。ご多忙のところ、恐れ入りますが、入院時の持参薬確認および周術期管理の効率化のため、現時点における服薬状況の確認をお願いいたします。

作成日：令和 年 月 日

情報元保険薬局の所在地及び名称	
TEL	
FAX	
保険薬剤師名	



宛先：小川赤十字病院 薬剤部
FAX：0493-72-0936
TEL：0493-72-2333
問い合わせ先：薬剤部（内線2206）

下記患者様の入院前服薬状況等について、以下の通り情報提供致します。
添付資料 □無 □有（枚：この用紙を含む）

この情報提供に関して患者の同意を得た。		□はい	□いいえ
入院予定日			
手術予定日			
患者ID			
氏名			
生年月日	年 月 日	(歳)
性別	□ 男性	□女性	

【特記事項・休薬（抗凝固薬・抗血小板薬・ピル・糖尿病薬等）】			
【	年 月 日より、	】の服用を中止しています。	
指示病院	□貴院 □他の保険医療機関（	）	年 月 日より、
【	】の服用を中止しています。		】の服用を中止しています。
指示病院	□貴院 □他の保険医療機関（	）	年 月 日より、
【	】の服用を中止しています。		】の服用を中止しています。
指示病院	□貴院 □他の保険医療機関（	）	年 月 日より、

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 (当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/>)	□本人 □家族 □介護者	□訪問薬剤管理 □その他（ ）
服薬状況に関する留意点（一包化・粉碎等含む）		
退院時の処方の際にお願いしたいこと		

②併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、健康食品を含む）の情報

□なし □あり（ ）

③アレルギー・副作用情報等

□なし □あり（ ）

④受診中の医療機関、診療科等に関する情報

保険医療機関	診療科	備考

⑤現在服用中の薬剤の一覧（用法・用量明記）

頓用薬・外用薬・自己注射薬等含む・特記事項（服用目的等）あれば備考欄へ記載

処方内容 (手帳等の写しを添付可。 保険医療機関 診療科毎・後発品はメーカー名も記載)	備考欄 (自己調節・留意点等)

【保険薬局の方へ】

提出期限について

入院予定日5-7日前までに確認した情報を記載し、FAXにてご提出ください。

code. 05000015