

**【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。

情報元保険薬局の所在地及び名称	
TEL	
FAX	
保険薬剤師名	

作成日：令和      年      月      日

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。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 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、
指示病院	<input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 他の保険医療機関（	】の服用を中止しています。
【	年 月	日より、
指示病院	<input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 他の保険医療機関（	】の服用を中止しています。
【	年 月	日より、
指示病院	<input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 他の保険医療機関（	】の服用を中止しています。

### 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"/> )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )
服薬状況に関する留意点 (一包化・粉砕等含む)	
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